



LA DÉMOGRAPHIE DE LA RD DU CONGO SOUS LE RÉGIME DU COLONIALISME MERCANTILE BELGE, 1885-1940: UN CAS DE DÉPOPULATION POUR CAUSE DE DÉNATALITÉ D'ORIGINE PATHOLOGIQUE

Communication présentée par le Professeur Anatole Romaniuk, Université d'Alberta, Canada, dans la séance régulière " Le comportement démographique des populations coloniales, au XXVIIe Congrès international de la population" les 26-31 août 2013, à Busan, Corée du Sud.

La démographie de la RD du Congo sous le régime du colonialisme mercantile belge, 1885-1940 : un cas de dépopulation pour cause de dénatalité d'origine pathologique

Demography of the Democratic Republic of the Congo during the colonial mercantile regime, 1885-1940: a case of depopulation due to infertility of pathological origin

Anatole Romaniuk, Université d'Alberta, Canada
Email : anromaniuk@yahoo.ca

Sommaire

Le discours sur la situation démographique du Congo de l'époque coloniale, dite mercantile de 1885-1940, fut dominé par le thème de la *dépopulation.* On l'attribuait à la *surmortalité*, qu'on croyait être due à l'exploitation outrancière des autochtones dans des buts mercantiles et à de nouvelles maladies, introduites par le colonisateur, et d'autant plus meurtrières qu'ils étaient dépourvus d'immunité naturelle. C'est *la version de la dépopulation d'Amérique post-colombienne.* Il serait cependant plus juste de parler d'une *version de dépopulation typiquement africaine,* celle-ci étant attribuable à la *dénatalité*. En effet, le Congo colonial offre un exemple convaincant d'une *dépopulation* causée par une stérilité massive pathologique d'origine vénérienne. Dans le centre et le nord-est du pays, des régions qui ont souffert de l'esclavagisme afro-arabe au cours de la deuxième moitié du XIXe siècle, presque la moitié des femmes n'ont donné naissance à aucun enfant né vivant. Du point de vue de l'historiographie démographique coloniale, la présente étude est d'une portée générale, dépassant l'expérience du Congo. Elle fait ressortir l'importance, souvent ignorée, des maladies vénériennes dans la dépopulation en Afrique équatoriale et ailleurs dans le monde, telles les îles malaisiennes et polynésiennes, et peut-être même chez certaines populations amérindiennes.

Abstract

The demographic discourse in the Congo during the Belgian colonial regime of the 1885-1940 period was dominated by concerns of *depopulation* believed to be attributable to an excessive mortality brought about by the exploitation of native populations in mercantile pursuits as well as to new infections, introduced by the coloniser, all the more lethal as natives lacked natural immunity. This was the *version of depopulation of post-Colombian America*. One can however speak of a typically *African version of depopulation,* due to the dearth of births. Colonial Congo of the period under review presents a strong case of depopulation by widespread sterility caused by venereal diseases. In Central and North/Eastern Congo, which have been subjected to the Afro-Arab slave trade in the second half of the 19th century, nearly half of all women did not give birth to a live child. From the point of view of demographic historiography the study is broader in scope than just the Congo experience. It reveals the often ignored venereal diseases as agents of depopulation in equatorial Africa and elsewhere in the world, among inhabitants of the Melanesian/Polynesian Islands, and possibly also among some Amerindian populations.

Note: Communication présentée dans la séance régulière, *Le comportement démographique des populations coloniales*, au *XXVIIe Congrès international de la population,* 26-31 août 2013, Busan, Corée du Sud.

Introduction

L'histoire de la population du Congo de la période coloniale belge 1885-1940 est aussi embrouillée que politisée et controversée. L'opinion dominante fut, et elle l'est toujours, que le régime colonial de cette époque, qu'on peut qualifier de colonialisme mercantile, a été désastreux sur le plan démographique pour le pays. En effet, le discours colonial de l'époque fut dominé par le thème de la *dépopulation.* Les uns mettaient en cause une *surmortalité* excessive due à l'exploitation outrancière des autochtones dans des buts mercantiles, de même qu'à l'introduction des nouvelles maladies qui étaient d'autant plus meurtrières que les autochtones manquaient d'immunité naturelle. C'est l'interprétation analogue à celle de la *dépopulation* de l'Amérique post-colombienne. Selon d'autres auteurs, la dépopulation provenait de la dénatalité que l'on attribuer au traumatisme psychique, provoqué par le choc des civilisations d'où le refus de la maternité ou au dérèglement des mœurs que la situation coloniale favorisait et qui se traduisait par des attitudes antinatalistes : pratiques abortives et anticonceptionnelles. Quoi qu'il en soit, le sentiment qui prévalait à l'époque dans le discours colonial fut celui de morosité et de pessimisme quant à l'avenir de la population du Congo.

Dans cette étude, nous allons entreprendre une relecture de la démographie de cette époque. Une analyse critique se doit de démêler le vrai du faux, rester au-dessus des mêlées idéologiques et même des sentiments humanitaires, et essayer de faire parler les «faits», dans la mesure où leur authenticité puisse être objectivement établie. À propos de ce prétendu génocide au Congo à l'époque dite «léopoldienne», qui a eu un tel retentissement international, qu'y a-t-il eu au juste? Si la dépopulation a effectivement eu lieu au pays, quelle a été sa géographie, son ampleur et quelles en furent les causes ? Ce sont les questions que cette étude essayera d'élucider. À cet effet, nous avons entrepris une exploration systématique des documents démographiques et médicaux de l'époque. L'enquête, entreprise à l'échelle nationale dans les années 1950 sous la direction de l'auteur de cette communication, a constitué un apport significatif dans cette exploration du passé démographique colonial. En effet, cette enquête a le mérite de fournir des informations sur la fécondité et la stérilité par cohorte des femmes dont certaines sont nées et même ont commencé leur vie procréatrice aussi loin dans l'histoire que les années antérieures à 1900. Les statistiques pertinentes de cette enquête ont fait l'objet, pour leur fiabilité, d'une évaluation approfondie dans le cadre de l'*African Project* à l'*Office of Population Research*, de l'Université de Princeton, Etats-Unis (voir Brass *et al*, 1968).

Nous pouvons d'emblée dire que les conclusions de notre étude tranchent avec les opinions et les mythes qui animaient si assidûment les débats démographiques dans la colonie, comme nous venons de le résumer plus haut. Nous allons pouvoir démontrer que la dépopulation a effectivement eu lieu, mais qu'elle fut confinée principalement à des régions (Cuvette centrale et Nord-est du pays) ayant souffert de l'esclavagisme afro-arabe dans la deuxième moitié du XIXe siècle, et que la cause principale en fut la dénatalité, celle-ci étant due à une stérilité généralisée pathologique d'origine vénérienne. Ainsi est-il de mise de parler d'une version de *dépopulation* typiquement «africaine», plutôt que d'une dépopulation semblable à celle qu'on a observée pour l'Amérique post-colombienne.

Sur le plan analytique, nous allons suivre l'ordre suivant. Au préalable, nous devons nous attarder quelque peu sur le climat idéologique et politique des débats sur la population sous le régime colonial de l'époque, car ce n'est qu'en en prenant connaissance que nous allons pouvoir

mieux départager les faits des mythes. Ensuite nous allons examiner le contexte colonial de l'époque, dans lequel a évolué la population autochtone. Quelle a été l'emprise réelle du pouvoir colonial sur le territoire et sa population? Cela sera suivi d'une présentation des forces, positives et négatives, qui ont façonné la démographie de la colonie. De cette analyse se dégage un phénomène d'importance capitale dans le cadre de cette étude, à savoir l'excessive *stérilité pathologique d'origine vénérienne*. Nous lui réservons une attention particulière, car c'est là que réside la clé du mystère de la dépopulation tant épiloguée.

Les débats sur la population sous le régime colonial de l'époque et le contexte politique et idéologique.

Le discours colonial sur la situation démographique de l'époque fut dominé par le thème de la *dépopulation* du Congo, nous venons de le dire, avec ses deux versions quant à sa causalité : celle de la *surmortalité* excessive et celle de la *dénatalité* généralisée.

En ce qui concerne la version *surmortalité*, elle eut un grand retentissement en Belgique et surtout dans le reste du monde. Ainsi le Brésilien José de Castro, dans sa *Géopolitique de la faim*, emboîtant le pas de certains auteurs belges, soutenait que «*Depuis l'occupation européenne la population indigène du Congo a diminué de près de cinquante pour cent, et [que] les changements introduits par les colonisateurs dans [les] habitudes alimentaires ont pour beaucoup contribué à cette diminution* » (Castro, 1953 : 65). Adam Hochschild, quant à lui, dans son livre *Les fantômes du roi Léopold : un holocauste oublié* (1998), chiffre à quelque 10 millions de victimes du prétendu holocauste (p.273). Ces crimes sont mis surtout sur le compte de l'Etat indépendant du Congo (1885-1908), et plus spécifiquement sur l'exploitation outrancière de la population dans la récolte du caoutchouc. On va jusqu'à évoquer, par analogie, les crimes perpétués par Staline et Hitler. Bien que les estimations de Hochchild, et beaucoup d'autres dans le genre, reposent, comme on le verra plus loin, sur des démarches méthodologiques boiteuses, il n'en reste pas moins qu' elles ont persisté longtemps et sont d'emblée entrées dans le vocabulaire de la rectitude politique. Un écrivain aussi illustre que Mario Vargas Llosa, lauréat du prix Nobel et homme politique fort éclairé par ailleurs, en fait écho par sa superbe plume dans les belles pages qu'il consacre à l'auteur de « *Au cœur des ténèbres* », Joseph Conrad : «*Adam Hochschild calcule, de façon convaincante, que la population congolaise fut réduite de moitié en l'espace des vingt et une années que durèrent les exactions de Léopold II*» (Vargas, 2006 : 28).

Pour comprendre ces charges contre l'administration coloniale belge, il faut se plonger quelque peu dans l'atmosphère politique et idéologique qui régnait à l'époque. L'entreprise coloniale belge, dès ses débuts et tout au long de la période léopoldienne, a été la cible d'attaques acerbes en Belgique même et à l'extérieur dans le camp des puissances coloniales rivales. Nombreux étaient les Belges qui voyaient avec scepticisme, voire hostilité, les aventures coloniales de leur souverain et ne manquaient pas de le fustiger pour tous les péchés du monde. Quant aux puissances coloniales rivales, elles ont mal digéré ce «beau cadeau » au cœur de l'Afrique — cet immense territoire du bassin du Congo jusque-là tenu à l'abri de la pénétration coloniale européenne par son inaccessibilité naturelle et son insalubrité — dont le souverain belge s'est vu gratifié au Congrès de Berlin (1985). Thomas Pakenham (1991) évoque dans son *The Scramble for Africa* le climat compétitif surchauffé qui régnait parmi les puissances coloniales, un véritable casse-tête, une course contre la montre, pour planter le drapeau du pays en signe de possession. Une vaste campagne internationale s'était déchaînée pour retirer à Léopold II le

mandat qui lui avait été confié sur l'Etat indépendant du Congo, sous prétexte d'avoir manqué à ses obligations humanitaires et civilisatrices. Que d'intrigues, d'insinuations et d'accusations ! Aussi faut-il prendre avec un grain de sel les proclamations de «défense des indigènes », de part et d'autre, alors qu'il s'agissait souvent simplement des intérêts qui s'opposaient.

Cela dit, les témoignages d'exploitation outrancière, d'abus et de brutalité, surtout durant la période dite léopoldienne, sont trop nombreux et, venant de quartiers variés, sont beaucoup trop crédibles pour être niés ou simplement banalisés. L'écrivain déjà cité, Vargas Llosa, en a immortalisé un de ses témoins dans son récent roman, *Le rêve du Celte* (2011), dans la personne de Roger Casement, irlandais d'origine, le consul britannique au Congo à l'époque. Humanitaires, politiciens, écrivains, dont André Gide dans son *Voyage au Congo* (1927), abondèrent dans le même sens.

Quant à la version de la dépopulation due à la *dénatalité*, c'est le cas flagrant des confusions et des biais dus aux idéologies ou simplement à l'ignorance quant à la portée du phénomène et ses causes. Ce n'est qu'avec l'enquête sociodémographique, entreprise à l'échelle nationale dans les années 1955/57, qu'on a pu voir clair dans la situation démographique du pays. Le tableau 1 présente la distribution de la population et de la superficie en fonction du taux de natalité selon l'enquête démographique 1955/57. Il appert que les populations dont la natalité fut de moins de 35 pour mille, — donc nettement insuffisante, compte tenu du niveau de la mortalité en vigueur à l'époque (probablement de 40 décès sinon plus pour mille) pour assurer le renouvèlement des générations, — représentaient à peine 25 % de l'ensemble. Par contre, les populations dont la natalité était de 50 pour mille et plus, donc à son plus haut niveau, représentaient presque la moitié (plus exactement 47.5%) de l'ensemble de la population du pays. Quelle aurait pu être cette distribution, disons vers 1900, nous n'en savons rien, sauf pour dire que la part de la population démographiquement régressive aurait dû être bien plus élevée, peut-être même le double de celle de 1955/57, dans la configuration démographique régionale de l'époque. C'est dire que la dénatalité, tout en étant de portée régionale, n'en fut pas moins, de par son ampleur dans l'espace et sa durée dans le temps, quasiment un siècle, un problème majeur pour le Congo colonial. Ce qui lui confère une gravité d'autant plus grande est que ses causes, nous le verrons plus loin, furent d'origine pathologique vénérienne.

Tableau 1 : ***Répartition en pourcentage de la population et de la superficie du Congo en fonction du taux de natalité pour mille habitants selon l'enquête démographique 1955/57***

Taux de natalité	Population totale	%	Superficie	%
moins de 25	1.155.568	9,05	367.624	15,85
26 à 30	718.878	5,63	223.000	9,62
31 à 35	1.343.268	10,52	350.309	15,11
36 à 40	1.488.831	11,66	274.058	11,82
41 à 45	1.993.195	15,61	272.395	11,75
46 et plus	6.068.966	47,53	831.367	35,85
Total général	12.768.706	100,00	2.318.753	100,00

Source : Romaniuk 2006. Démographie congolaise au milieu du XXe siècle. Analyse de l'enquête sociodémographique 1955/57.

Nul ne doit sous-estimer la portée démographique et aussi purement humaine de la stérilité massive dans les sociétés dans lesquelles la maternité est si fondamentale. Les habitants et leurs chefs coutumiers se lamentaient à propos du fait qu'ils n'avaient pas d'enfants, que leurs villages se dépeuplaient, et cela avant même que les autorités coloniales aient pu se rendre compte du problème. En 1956, lors d'une tournée liée à l'enquête démographique dans un village du territoire de Boende (Tshuapa), fortement sinistré par la stérilité, je fus littéralement assailli par les femmes réclamant «des médicaments pour avoir des enfants», malgré ma protestation que je ne étais pas médecin. (Notons en passant que, comme l'enquête 1955/57 l'a révélé, 40% des femmes dans ce territoire n'avaient pas d'enfants). Le nœud du problème sur le plan de la politique de santé publique fut qu'au lieu de s'attaquer aux causes réelles, on s'est perdu dans les idéologies et les spéculations les plus farfelues. Tel fut le cas des prétendues théories, déjà mentionnées, du «choc des civilisations » ou de la « dégénérescence raciale » ou encore du « refus de maternité» face à la dégradation sociale due au colonialisme. On se perdait dans de veines polémiques et dans l'inaction alors que les médecins, dès les premières heures, mettaient en cause les maladies vénériennes pour la stérilité excessive observée chez certaines populations (voir à ce sujet de nombreux rapports du Fonds Reine Elisabeth pour l'assistance médicale aux indigènes du Congo belge (FORIAMI) et ceux du Fonds du bien-être indigène (FBEI).

À quel point cela fut-il effectivement le cas ressort de ce qui suit. La Commission de protection des indigènes inscrivait à l'ordre du jour dès sa première réunion, à Banana, dès 1912, la question de la dénatalité au Congo. Cette question a été périodiquement réinscrite et rediscutée depuis lors. Croyant que les pratiques abortives étaient les principales causes de la dénatalité, la «*Commission émet à l'unanimité le vœu de voir les officiers de police judiciaire rechercher activement certaines infractions qui ont pour effet de restreindre la natalité…, d'atteindre le crime d'avortement et de le réprimer impitoyablement…* ». En même temps, pour encourager la natalité, «*la Commission propose les dégrèvements d'impôt et l'octroi de la prime aux pères de familles nombreuses*». Bien plus, autant pour constituer une assiette d'impôt que pour décourager la polygamie, qu'on croyait nuisible à la procréation, les polygames se virent imposer une taxe spéciale par femme supplémentaire. (Romaniuk, 1968a, p. 162). À noter aussi que le décret de 1912 autorisait les officiers médicaux à obliger «*toute personne reconnue syphilitique à se soumettre à un traitement approprié*». Tant pour enrayer la dissémination des maladies contagieuses que pour assurer le contrôle sur les déplacements des villageois vers les centres extra-coutumiers, qui prenaient naissance avec le développement économique, un «*passeport de mutation*» a été exigé. C'est dire que les maladies transmises sexuellement étaient déjà à l'époque la préoccupation de l'administration coloniale sans qu'elle se traduise pour autant par une politique concertée visant la lutte contre la stérilité et ses causes, que ce soit sous la forme de campagnes médicales proprement dites ou celle des campagnes éducatives sur le danger de transmission sexuelle des maladies.

Avec cette digression sur les idéologies et les enjeux politiques qui viciaient les débats démographiques, revenons aux questions telles qu'identifiées dans l'introduction.

Contexte historique : l'emprise coloniale

On se méprend souvent sur la rapidité et l'ampleur de l'impact réel de l'emprise coloniale belge sur le pays et sa population. Or cette emprise a été graduelle et les bouleversements sociaux qu'elle engendra se sont étalés dans le temps avec une intensité variable selon la région. La première décennie en fut largement une d'exploration, de prospection, d'établissement des postes administratifs, de négociation avec les chefs locaux pour gagner leur allégeance à la couronne belge ; 400 traités furent ainsi conclus. Les campagnes militaires anti-esclavagistes se sont poursuivies pratiquement jusque vers la fin du 19e siècle. Quant aux activités économiques, elles étaient orientées presque exclusivement vers la chasse aux ivoires d'abord, à l'extraction du caoutchouc ensuite.

Comme le fait remarquer, Jean Stengers, dans son *Congo, mythes et réalité* (2005), «*L'État indépendant du Congo qui s'est constitué en 1985 […] va avoir pendant plusieurs années un territoire monstrueusement disproportionné aux ressources dont il dispose […]. Dans de vastes régions — zone arabe à l'est, le Katanga du sud —, l'influence de l'État demeure nulle*» (2005 :114). En ce qui concerne l'occupation administrative du Congo dans son ensemble, il faut distinguer entre le Bas Congo et le Haut Congo, le premier avec une administration coloniale embryonnaire plus ou moins fonctionnelle, le second dans un état où régnait encore largement la loi de la jungle.

Ce n'est réellement qu'autour de l'an 1900 que l'emprise coloniale commence à marquer de son estampe le pays (Slade, 1974). D'immenses gisements cuprifères au Katanga, qui devaient avec le temps devenir le fer de lance et l'engin de l'économie coloniale, sont découverts en 1892 et l'Union minière du Katanga, qui devait assurer leur exploitation, est constituée en 1906. La main-d'œuvre congolaise au service de l'Union minière comptait annuellement, en moyenne, durant la période de 1906 à 1911 environ 600 hommes. Le Congo ne comptait que 958 blancs en 1901. Même aussi tard qu'en 1925, la population européenne n'était que de 25 179 âmes. Quant à l'occupation militaire, la *Force publique* comptait, en 1892, 3 500 soldats africains (pas tous congolais) et 120 officiers belges. L'occupation administrative et le lancement des projets économiques ainsi que l'insertion de la population congolaise dans le marché du travail furent donc lents et somme toute modestes par rapport à l'immensité du territoire (quatre-vingt fois la Belgique) et sa population présumée. Si la cupidité, l'avidité et l'absence de toute humanité, attribuée à Léopold II, le souverain de l'Etat Indépendant du Congo, étaient ce qu'on en a dit et écrit, sa capacité de destruction et de répression fut bien mince. « *…the power for good or evil exercised by Leopoldine administration was strictly limited. Such atrocities as occurred were regional and local in their impact"*, selon Gann and Duignan (1979:133), les auteurs d'un ouvrage, "*The Rulers of the Belgian Africa, 1884-1912*", remarquable pour son impartialité.

J'appelle « mercantile » la période 1885 à 1940, tant l'exploitation des ressources naturelles et de la population au profit de la métropole l'emportaient sur les intérêts vitaux de la colonie et le bien-être de ses habitants. La période dite léopoldienne (1885-1908), en particulier, avec sa politique concessionnaire d'exploitation, porte toutes les marques d'une économie de *pillage*. Devant l'essoufflement financier de l'État indépendant et les critiques acerbes contre les abus commis contre la population autochtone, la Belgique reprend en 1908 à son compte l'État indépendant. Le Congo devient colonie belge. L'arbitraire, où la loi de la jungle était restée suprême, est désormais supplanté par une administration, certes autoritaire et paternaliste, mais plus soucieuse du bien-être de la population et des développements à long terme.

Dans la section suivante nous allons procéder à l'examen des facteurs et des déterminants, tant positifs que négatifs, de l'évolution de la population durant la période du colonialisme belge mercantile.

Évolution démographique durant la période coloniale mercantile : facteurs positifs et négatifs

Parmi les facteurs positifs, nous nous limiterons aux trois que nous estimons les plus importants du point de vue de leurs effets démographiques: (1) abolition de l'esclavagisme et pacification du pays; (2) actions sanitaires ; (3) amélioration de l'alimentation de la population.

La traite de l'homme à laquelle se livraient les marchands afro-arabes dans l'est et le nord-est du pays, souvent de connivence et en collaboration active avec des chefs locaux, a été une calamité de proportion historique, et cela à un double point de vue : d'abord par sa dévastation physique et sociale des régions touchées, ensuite par l'introduction des maladies vénériennes qui lui est imputée, maladies qui furent responsables de l'infécondité massive ayant perduré bien au-delà de l'abolition de l'esclavagisme, en fait jusqu'aux années 1950 (voir la section sur la stérilité).

Les méfaits immédiats de l'esclavagisme furent énormes, d'après l'historien Robert Cornevin. « …. avec la fin de la traite atlantique, les méfaits du commerce de l'homme ne sont pas terminés au Congo. Au contraire, la traite orientale et la traite septentrionale qui apparaissent vers 1860 au Congo font prendre une allure catastrophique. En trente années, elles accumuleront plus de ruines matérielles et morales que trois cents ans de la traite atlantique » (1963 : 75). Et il continue : « En quelques années, les régions entières du Maniema, du Katanga, du Lomami, de l'Ituri sont dépeuplées pour alimenter le seul marché de Zanzibar » (1963 :76). Et que dire de la partie septentrionale du pays? L'historien cite l'explorateur Schweinfurth qui évaluait, en 1870, à 2700 le nombre de marchands d'esclaves établis dans le bassin du haut Oubangui et du Bahr el-Ghazal, et il estimait qu'un tiers seulement des captifs arrivait à destination... » (1963 : 76). Des villages entiers sont vidés de leurs habitants et détruits.

L'affranchissement de la traite des humains afro-arabe fut sans conteste un tournant historique dans l'évolution de cette partie du pays et à la longue de sa démographie, car il ouvrait la voie à la pacification, la mise en valeur économique et l'assainissement sanitaire du pays. Cela ne veut pas dire que l'établissement et l'affirmation du nouvel ordre, cette fois colonial belge, fut sans douleur. Les campagnes militaires contre les esclavagistes furent suivies de soulèvements et d'émeutes en protestation contre les abus de l'administration coloniale et les répressions armées. Les réquisitions de porteurs, alors que toute marchandise destinée à l'exportation devait être portée sur le dos de l'homme sur de longues distances, ont été particulièrement mal ressenties. Il est difficile de mettre un coût « démographique » à toutes ces exactions. Tout ce qu'on peut dire est que les révoltes des paysans ou les émeutes des soldats congolais, à l'époque, furent locales et éphémères. «*Il ne s'agissait pas en ce cas de groupes bien structurés, mais de gens qui subissaient particulièrement durement le système de livraisons forcées d'ivoire et de caoutchouc…* », selon l'africaniste Crawford Young (1965 : 143).

Sous réserve de ce qu'on vient de dire, dans l'ensemble, l'emprise coloniale a été pacifique. En fait les Européens furent bien accueillis au début par les habitants et les chefs locaux.

Ils voyaient en eux, sinon des libérateurs, du moins des alliés contre les esclavagistes. (Soit dit en passant, il ne serait guère possible qu'une poignée d'explorateurs ou de militaires européens ait pu venir à bout des potentats puissants tels que M'siri, roi esclavagiste du Katanga, sans l'appui des chefs et de la population autochtones). Les nouvelles plantes potagères que leur apportaient les premiers missionnaires et les agents coloniaux, de même que l'aide médicale, aussi élémentaire qu'elle fût à l'époque, ne pouvaient pas ne pas impressionner les autochtones (Slate, 1974).

En ce qui concerne plus spécifiquement l'action sanitaire durant cette période de la colonisation, elle visait toute une panoplie de maladies bien connues qui accablaient le pays : paludisme avant tout, lèpre, pian, variole, pneumonie, tuberculose, dysenterie bacillaire, vers intestinaux, kwashiorkor symptomatique de la malnutrition des enfants dans les savanes. Mais c'est à la maladie du sommeil, *trypanosomiases*, dont la mouche tsé-tsé est le vecteur, qu'on doit avant tout la dépopulation du pays ; et c'est elle qui en fut la cible principale de l'assainissement sanitaire. Conscient de ses méfaits, le pouvoir colonial s'est attaqué précisément à ce fléau, et, il faut le dire, avec un succès étonnant si l'on tient compte de l'immensité de la tâche et des moyens prophylactiques et curatifs somme toute rudimentaires à l'époque. Un rapport du FORIAMI, déjà en 1935, notait que la maladie du sommeil perdait chaque jour ce caractère de fléau en action qui lui était propre il y avait quelques années encore. Dans une étude fort approfondie sur les pandémies que furent les maladies du sommeil dans le nord du Congo, son auteur, Lyons (1992), va jusqu'à hisser l'action médicale anti-trypanosomiase, entreprise par l'administration coloniale, au niveau d'un «*social engineering*» et d'un instrument du «*colonial constructive impérialism*». « *Sleeping sickness was an important factor which helped to shape the colonial state of the Belgian Congo*"(Lyons, 1992: 225). Une vue peut-être un peu exagérée, étant donné les capacités bien modestes disponibles. Cette caractérisation n'en dénote pas moins l'importance stratégique que la Colonie attachait à combattre ce fléau.

Meurtrière pour les hommes, la mouche tsé-tsé l'était aussi pour les animaux. Ce n'est pas par coïncidence que l'élevage bovin est bien répandu dans les régions montagneuses de l'Afrique Orientale, y compris le Kivu, alors qu'au Congo en basse altitude, le gros bétail était pratiquement inconnu. Aussi est-il bien possible que les coutumes d'abstinence post-natale prolongée tirent leur origine des conditions écologiques qui ont empêché l'élevage des vaches pourvoyeuses du lait. Donc, la mouche tsé-tsé a causé, tout au long de l'histoire non seulement une mortalité excessive mais aussi, indirectement, une sous-fécondité relative.

Une dimension à ne pas négliger dans les études démographiques historiques est l'amélioration du régime alimentaire que la population a connue avec l'ouverture vers le monde. Bien des aliments qui constituent le menu quotidien de nos jours et que nous croyons avoir toujours fait partie du régime alimentaire traditionnel, en fait, sont d'origine étrangère, et furent introduits au Congo par les Européens, Portugais en particulier, dans l'ouest du pays (manioc, maïs, bananes, pommes de terre) ou par les Arabes dans l'est du pays (haricot, sorgho, millet, arachides, mangues, papayes, pommes de terre douces). Avec l'intensification de la circulation des hommes et des biens à travers le pays et l'insertion graduelle dans les réseaux commerciaux des produits agricoles, sous le régime colonial belge, on assiste à leur extension et leur diversification (voir Miracle, *Agriculture in the Congo Basin*, 1967). On va jusqu'à parler de la «*civilisation du manioc* », tant son introduction et sa diffusion ont marqué le régime alimentaire des Congolais et des Africains en général. Le niveau de subsistance, encore très bas bien sûr, s'est

graduellement amélioré, les famines chroniques ont quasiment disparu et là où elles sévissaient l'administration faisait de son mieux pour apporter le secours nécessaire.

Voilà pour les éléments positifs. Que peut-on dire des négatifs ? Parmi les facteurs négatifs à conséquences démographiques, j'identifie deux types : (1) exploitation et répression des populations à des fins économiques ; (2) mouvements des populations, désorganisation sociale et diffusion des maladies contagieuses, surtout des maladies vénériennes, au-delà de leur paramètres historiques.

Le début de la conquête coloniale, et plus spécifiquement l'époque léopoldienne, passe pour une page singulièrement triste dans l'histoire de la colonisation : légion d'abus, de tracasseries, d'humiliation, de corvée, de portage. Les seules activités d'importance au début de la colonisation furent liées à l'exploitation de l'ivoire et surtout du caoutchouc. L'exploitation physique à outrance des hommes sous-alimentés et vivant dans la promiscuité dans des campements malsains, lui a valu la condamnation internationale. Outre l'exploitation du caoutchouc, coûteux en vies humaines, il faut signaler la construction des chemins de fer. «*La construction du Matadi-Leo fut certes une épopée, mais sur un fond de cimetière et au rythme de marche funèbre*» (1963 :159), écrivait l'historien Cornevin. Et cela non seulement à cause des conditions de travail. Les maladies contagieuses faisaient leurs ravages. La variole, la dysenterie et d'autres maladies infectieuses frappaient sans distinction de couleur et de rang, les blancs comme les noirs et les jaunes (car il y avait aussi des Chinois et des noirs des Antilles), les ouvriers comme les contremaîtres et les ingénieurs. Aussi abusives et meurtrières qu'elles fussent, leurs retombées démographiques, quoique difficiles à évaluer, furent, à mon sens, de portée régionale sinon locale. Si nous prenons comme exemple la construction du chemin de fer Matadi-Kinshasa (1889-1898), la main-d'œuvre engagée ne comptait que 170 Européens et 2000 travailleurs africains, beaucoup venant d'autres pays comme le Sierra Leone et le Ghana. Les locaux furent surtout employés comme porteurs (Slade, 1974 :75). Notons cependant qu'il en fut autrement avec la construction du chemin de fer du Katanga-Kasaï, une trentaine d'années plus tard. Cette vaste entreprise a engagé à son pic quelque 15.000 ouvriers et a mis cinq années (1923-1928) pour être complétée, sans qu'il y ait eu de pertes majeures en vies. Dès les premières manifestations de la variole, les ouvriers ont été mis hors de danger grâce à la vaccination, ce qui est une démonstration du progrès médical accompli avec le temps (Vansina, 2011 :153).

Sur le front sanitaire, les événements prennent une allure à double sens. Alors même que la lutte contre les épidémies et la campagne d'assainissement sanitaire se poursuivaient inlassablement et avec succès comme nous l'avons démontré plus haut, la diffusion des infections déjà présentes dans le pays, de même que celles importées de l'extérieur, s'est accentuée, elle aussi, avec l'intensification des mouvements des hommes. Celles qui ont marqué la démographie du Congo tout au long de son histoire sont les *maladies vénériennes,* responsables d'une stérilité excessive. Cette pathologie a perduré. Ses séquelles ont survécu longtemps à l'esclavagisme et à la période léopoldienne. Elles n'ont pas été complètement éliminées même de nos jours dans les régions telles que les Uélé où la fécondité reste encore comparativement faible, ainsi que l'a révélé l'enquête démographique et de santé de 2007 (République Démocratique du Congo, 2007).

Dans cette revue des mérites et démérites du colonialisme mercantile belge, nous avons laissé en suspens deux thèmes, pourtant largement discutés dans la littérature sur la politique coloniale belge, à savoir: *les cultures obligatoires et le recrutement forcé*.

Introduites par le régime colonial belge après la première guerre mondiale, les pratiques de cultures obligatoires visaient tant à insérer l'économie autochtone dans le réseau commercial — et ainsi améliorer le bien-être des populations — qu'à maximiser les bénéfices de la mise en valeur économique des ressources de la Colonie au profit de la Métropole. Selon les promoteurs de cette politique, c'était la seule façon de sortir les paysans congolais de leur «indolence agricole» qui limitait leur culture aux quantités indispensables à leur subsistance (Stengers, 2005 : 226). Selon d'autres, ce qui explique leur attachement aux modes traditionnels des cultures extensives au lieu des méthodes modernes de culture intensive, ce n'est pas tant l' «indolence» que la «rationalité» paysanne du meilleur rapport production/travail (Coquery-Vidrovitch 1985 :154).

Quoi qu'il en soit, les paysans congolais, en sus des cultures traditionnelles nécessaires à leur subsistance, se sont vus imposer des cultures tant vivrières (manioc, riz) que commerciales, selon la région (café, coton, cacao). D'aucuns allèguent que cette imposition supplémentaire, quelle que fût sa justification, s'est faite au détriment de l'économie de subsistance, qu'elle a entraîné un appauvrissement des paysans, voire, dans certains cas, des famines, des répressions pour désobéissance et donc une surmortalité. Il est quasiment impossible d'isoler ce facteur dans l'analyse de la santé ou de la mortalité de la population, au-delà de quelques cas isolés. Les gains ou au contraire les pertes pour la communauté ou les familles individuelles dépendent beaucoup du degré de leur intégration dans l'économie nationale. «*It all depended on the precise degree to which any given rural community had been integrated in the wider Congolese and world market. The less integrated a settlement in the modern economy the worse off it was*" (Vansina 2010: 235). Mais précisément c'est cette intégration même que visait la politique de cultures obligatoires. En considérant les choses dans une perspective *macro* plutôt que *micro,* la question qui se pose est de savoir si les cultures commerciales, ainsi imposées, ne contribuaient pas directement ou indirectement à l'amélioration du bien-être de la population dans l'ensemble. Par ailleurs, doit-on supposer que la production de subsistance traditionnelle absorbait la totalité de la main-d'œuvre rurale disponible, qu'il n' y avait pas de sous-emploi déguisé rural quasiment chronique et qu'une redirection des ressources humaines vers la production commerciale se serait soldée par un déficit des produits de subsistance? On peut en douter, tout au moins au niveau *macro*. Le caractère arbitraire de la pratique de cultures obligatoires choque sans doute notre sensibilité. N'y aurait-il pas d'autres moyens, notamment ceux propres au marché libre, pour inciter le paysan congolais à produire plus, tant pour sa propre consommation que pour la vente? Après l'indépendance, dans certains pays d'Afrique (Tanzanie, Mozambique, Éthiopie, Guinée Bissau), s'inspirant tant de la tradition du communautarisme africain que du modèle socialiste soviétique de ferme collective (*kolkhoz*), on a imposé aux paysans le modèle de propriété collective des terres et de leur culture. Autoritaire et doctrinaire, ignorante des traditions communautaires africaines authentiques et des aspirations des paysans africains, cette politique s'est soldée par une faillite retentissante, tout comme le collectivisme soviétique dont elle s'est inspirée. (Pour une analyse pénétrante de ces politiques, voir Coquery-Vidrovitch (1985), chapitre VII : Capitalisme ou socialisme).

C'est à dessein que je me suis étendu sur ce sujet pour démontrer que les choix politiques n'étaient pas faciles à faire pour déboucher tant soit peu sur une économie moderne, et qu'en définitive le paysannat, promu vers la fin du régime colonial belge, fut peut-être optimal dans le sens d'un équilibre démo-économique. En effet, outre le volet économique, le paysannat comportait aussi un volet de développement communautaire (soins médicaux, consultations prénatales et de nourrissons etc.), et démographique — stabilisation de la population rurale.

En ce qui concerne le recrutement forcé des hommes pour les travaux publics, pour l'hygiène, le portage, l'armée, bref les corvées de toutes sortes, le problème se pose en termes analogues à ceux des cultures imposées. Toute imposition arbitraire suscite des ressentiments pouvant donner lieu à des révoltes et des campagnes punitives, avec des pertes de vie (Jules Marshal, dans ses deux volumes, *E.D Morel contre Léopold II*, publiés en 1996, se livre à tout un réquisitoire contre ces abus et y fait les décomptes des victimes). Là encore il faut distinguer la perspective *micro* et *macro*. Imposer la construction et l'entretien des routes et de l'infrastructure en général, ne pouvait pas ne pas bénéficier à la communauté et à l'économie dans son ensemble en amorçant sa modernisation.

«*L'industrialisation naissante du Congo fut non seulement à l'origine d'une première forme d'urbanisation et de prolétarisation mais aussi d'un processus radical de monétarisation. Pour la première fois, la population fut confrontée à grande échelle à cette notion abstraite qu'est l'argent*», écrit l'historien-romancier, David Van Reybrouck, dans son «*Congo, une histoire*» (2012 :147). La généralisation de la monnaie en tant qu'instrument d'échange a eu ses effets transformateurs énormes, tant économiques que sociaux. Elle a entraîné la monétarisation de l'économie tribale. Elle a transformé les transactions matrimoniales, la dote étant désormais payée en monnaie. L'impôt per capita pour les hommes adultes valides, introduit par le régime colonial et payé en monnaie, fut une force majeure de transformation de la société autochtone. "*The motor force by which Europeans penetrated Central Africa was taxation*" écrit Bruce Fetter (1983: 8). « *…the colonial tax system greatly increased the pressures propelling Africans to work for money income*". (1983:4). Ainsi dans un sens, on pourrait dire que l'imposition n'était qu'un déguisement au recrutement forcé. Mais, elle offrait tout de même un éventail de choix aux chercheurs de travail, ce qui atténuait leur dépendance. Tout en réduisant le caractère compulsif du recrutement, l'établissement de l'impôt propulsait les hommes en quête d'argent vers le marché du travail capitaliste libre en nombre toujours grandissant.

Là où la mobilisation de la main d'œuvre, qu'elle fût forcée ou volontaire, pour des services à distance, — comme toute migration en général quels que soient ses mobiles, —avaient des effets démographiques négatifs, c'est par le truchement du déséquilibre des sexes, la désorganisation sociale et la déstabilisation de la famille traditionnelle qu'elle engendrait, avec la diffusion des maladies vénériennes et la dénatalité comme conséquences.

Tout en reconnaissant les aspects négatifs des forces de changements économiques et sociaux que nous venons de relater, un certain discernement est de mise lorsqu'on essaye d'évaluer leurs conséquences démographiques. Prenons le cas du déséquilibre des sexes, le déficit d'hommes dans les communautés rurales affectées par les recrutements de la main d'œuvre masculine et le manque de femmes dans les camps de travail et les villes. Le tableau 2 présente quelques statistiques à titre d'illustration. Ces statistiques, bien qu'elles portent sur

les années d'après-guerre, au moment où l'expansion économique atteignit son apogée dans la Colonie, n'en démontrent pas moins les tendances qui se sont amorcées bien avant. Or, ici aussi on ne manque pas d'être frappé par ce qui parait être un certain paradoxe. Nulle autre région n'a été autant affectée par l'exode rural des hommes vers les centres urbains, en l'occurrence vers Kinshasa (Léopoldville), que celles des districts Cataractes et Kwango. Et pourtant leur fécondité demeure fort élevée, ainsi que le montre le tableau 2. Nulle autre ethnie n'a vu ses hommes partir vers les villes à travers le pays en aussi grand nombre que celle de Luba du Kabinda; et pourtant sa démographie n'en a pas pâti dangereusement; et si elle en a été victime pour quelque temps, elle reprenait assez rapidement sa vitalité. Comment alors expliquer cette incohérence apparente? D'abord, le départ des hommes seuls vers les chantiers de travail et les villes, forcé ou volontaire, était souvent temporaire; il y avait donc un certain roulement, une espèce de va-et-vient. Il ne faut pas oublier non plus le rôle de la polygamie et la fréquence des naissances hors mariage, du moins chez certaines populations, ce qui avait tendance à mitiger l'effet de l'absence des hommes sur la procréation.

Tableau 2 : ***Rapport du nombre des hommes à celui des femmes, (personnes de plus de 15 ans) pour quelques districts à forte et à faible fécondité, années 1955/57***

Districts	Hommes/Femmes (%)	Fécondité totale par femme
Districts à forte fécondité		
Kwango	75,72	7,90
Cataractes	78,52	8,04
Kabinda (Ethnie Baluba)	76,85	6,29
Districts à faible fécondité		
Tshuapa	92,67	3,69
Haut Uélé	93,46	3,19
Bas Uélé	89,37	2,88
Ensemble du pays	89,50	5,91

Source : Enquête démographique 1955/57, et Romaniuk 1968a, Tableau II.13. Voir aussi Tableau I Aannexe .

La récolte du caoutchouc a reçu sa dose d'incrimination pour les pertes démographiques, réelles ou imaginaires. Aussi est-il bon qu'on s'y arrête un peu pour débroussailler le terrain. L'exploitation du caoutchouc sylvestre a pris de l'essor à partir de 1892 et a pratiquement cessé vers 1910 d'être une entreprise de grande envergure. Elle a cédé le pas à l'exploitation et l'exportation des denrées telles que l'huile de palme, suivie, à quelque distance dans le temps, des minéraux, qui n'avaient plus le caractère coercitif de celui associé au caoutchouc et à l'ivoire. Du point de vue de la géographie, le domaine de la liane caoutchouteuse se limite aux zones tropicales humides, soit 40% de la superficie du pays. Mais la superficie couverte par les concessions d'exploitation du caoutchouc, où les exactions auraient eu leur impact sur les communautés autochtones, ne représentait pas plus de 25 % du territoire (Claude Nemry, 2011 : 94-98). Ainsi circonscrit dans l'espace et dans le temps, le caoutchouc, en tant que facteur en démographie, était-il réellement dans la magnitude qu'on lui attribue? Peut-on en faire un facteur majeur de la dépopulation des régions concernées, voire du pays? Ce serait bien une exagération, à mon avis. Notons que la plupart des territoires où le drame du caoutchouc se déroulait coïncide

avec les zones de la stérilité excessive qui n'a rien à faire avec l'exploitation du caoutchouc, ainsi qu' on le verra plus loin. Mais c'est bien cette coïncidence géographique entre l'exploitation du caoutchouc et la dépopulation qui pourrait être la source du malentendu quant aux causes de la dépopulation. Notons par ailleurs que l'Oubangui, tout en faisant partie de la zone du caoutchouc, jouissait d'une excellente démographie, avec un taux de natalité de 45,9 pour mille habitants, et son territoire (Gemena) présente un taux de 56.4, soit un des plus élevés au Congo.

Faire le bilan d'une époque, en l'occurrence l'époque coloniale belge mercantile, ne fut-ce que du point démographique, est une tâche ingrate. Souvent nous lisons l'histoire à rebours, avec les sensibilités et la rationalité propres à notre monde contemporain et cela ne manque pas de déteindre sur le jugement et l'interprétation des évènements qui appartiennent à une autre époque et à un autre monde. Les partis-pris idéologiques et politiques, souvent sans nuances comme on l'a vu, ont fait le reste pour brouiller les choses. N'oublions pas que l'esclavage des Noirs aux Etats-Unis d'Amérique ne fut aboli en principe qu'en 1865. C'est aussi seulement en 1861 que les paysans en Russie furent libérés des servitudes. Ainsi le potentat esclavagiste Tippo Tip du Maniema ne manquait pas de rappeler aux européens que l'esclavagisme était pratiqué en Europe, notamment en Russie, et qu'ils étaient mal placés pour leur donner des leçons de vertu (Slade 1974 : 86). Rappelons aussi que les kolkhoses (fermes communautaires) dans l'empire soviétique furent tout sauf des associations libres.

Si j'évoque ces cas, mon intention n'est point de relativiser les choses, mais plutôt de les mettre en perspective historique du monde et de « l'immonde » que sont les nôtres. Le problème fondamental des peuples congolais fut leur *condition coloniale*, leur subordination. L'historien Bogumil Jewsiewicki (1983: 95) l'a saisi d'une façon aussi lapidaire qu'éloquente : «*The force of colonialism deprived African societies of choice. [……]. As Africans, they were considered irrational, which justified their being taken in hand by the coloniser; and as peasants, their traditional way of life justified their subordination to the interest of 'modernisation'*».

L'histoire des populations à travers le monde, comme celle du Congo, nous enseigne que même des dévastations et des désastres à grande échelle, qu'ils soient provoqués par la nature (famines, épidémies) ou par l'homme (guerres, révolutions, *social engineering* forcé), n'avaient que des effets démographiques transitoires. Les populations finissaient par récupérer leur équilibre démographique assez rapidement grâce à leur vitalité reproductrice. Or, c'est précisément cet agent vital de récupération démographique qui faisait défaut dans les régions du Congo qui subissaient la dépopulation. C'est le sujet de la section suivante.

Stérilité et infécondité : ses causes et ses incidences régionales

Nul autre facteur n'a marqué autant la natalité et par conséquent la population, dans ses variations dans le temps et l'espace, que la stérilité, et c'est pourquoi nous lui réservons une attention toute particulière. Notons que la stérilité est définie ici non pas dans un sens clinique, mais démographique : femme n'ayant donné naissance à aucun enfant né-vivant.

Nombreux sont les facteurs qui peuvent causer une reproduction déficiente. Les uns tiennent à la sociologie (coutume d'abstinence sexuelle post-natale prolongée), d'autres à l'état général de la santé (malnutrition, certaines maladies) et d'autres encore à l'hygiène sexuelle. Dans les régions de forte stérilité, par exemple, le recours au lavage post coïtal semble avoir été une

pratique bien répandue. «*On est frappé par le nombre des petites poires à lavement en caoutchouc vendues dans les factoreries, et employées couramment chez les femmes Batétéla, en général très propres sur elles-mêmes* » selon Geurts (1948 :133). D'aucuns y voyaient un moyen anticonceptionnel délibérément choisi pour éviter les grossesses, alors qu'il s'agissait en toute vraisemblance de protection contre l'infection, ou, pour les femmes déjà infectées, de remède pour soulager les irritations post coïtales, mais qui pouvait éventuellement être stérilisant par le fait de l'évacuation du sperme.

De toute façon, tous ces facteurs, pris individuellement ou en combinaison, ne pouvaient pas expliquer des variations de la stérilité aussi grandes que 4 % dans les régions à forte fécondité et 40 % dans les régions à faible fécondité. A cet égard, le tableau 3 est fort instructif. Il met en relief le contraste entre les taux de stérilité par groupe d'âge des femmes pour les régions à faible fécondité et quelques régions à forte fécondité, ces dernières ayant été choisies à titre d'illustration (Cataractes, Sud-Kivu et Gemena).

Tableau 3: ***Pourcentage des femmes n'ayant pas mis au monde un enfant né vivant, par groupe d'âge, pour certaines régions, selon l'enquête démographique 1955/57***

Région	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-54	+de 55
Districts à forte fécondité							
Cataractes	90,3	35,2	8,7	4,7	3.4	4,3	4,9
Sud-Kivu	67,3	14.7	7,1	5,9	5,6	4,6	3,9
Gemena	86.2	22.6	9.4	7,1	5,1	5,3	5,0
Districts à faible fécondité							
Equateur	78,3	42,7	39,1	38,7	40,0	40,0	27,8
Tshuapa	85,4	52,8	44,1	40,5	38,4	33,0	24,7
Bas-Uele	75,4	48,1	50,7	49,0	44,7	37,3	25,5
Haut-Uele	75,2	44.0	46,2	48,2	44,4	36,9	27,5
Maniema	56,5	27,1	27,9	26,5	27,0	23,5	34.3
Congo	74,0	28,1	22,1	22,4	22,3	20,5	17.6

Source : Romaniuk (1968a).

Que les maladies vénériennes, syphilis et blennorragie en particulier, soient à l'origine de cette stérilité massive ne peut être contesté, tant abondantes sont les preuves fournies par les études médicales et démographiques, non seulement récentes, mais aussi celles qui remontent aux années d'avant la guerre ». «*Le rôle de la syphilis est indiscutable, quant à la blennorragie, elle aussi est mise en cause. «Pour expliquer le nombre anormalement élevé de femmes stériles, nous avançons l'hypothèse de la stérilité suite à des complications d'ordre gynécologique chez les femmes anciennement blennorragiques* », écrivaient les médecins Dégotte et Zanetti (1942). (Voir aussi, Ledent, 1944 ; Paradis, 1947 ; Velghe, 1952). Notons que la blennorragie non-guérie est stérilisante, principalement par l'occlusion des tubes de transmission du sperme et par l'obstacle à la nidation de l'œuf fécondé dans l'utérus chez les femmes, et par l'atrophie testiculaire et la dégénérescence de la faculté fertilisante du spermatozoïde chez les hommes. Par contre, la syphilis agit non pas tant sur la fécondation que sur la gestation, les pertes dues à l'avortement spontané et la mortinatalité. (Hemerrijckx, 1946 ; Besley, 1975 ; Caldwell & Caldwell 1983 ; Larsen, 1989).

Une question présente un intérêt particulier dans l'ordre historique : quand l'infécondité pathologique a-t-elle commencé à se manifester au Congo? Avec l'emprise coloniale ou bien avant, durant la période de l'esclavagisme ? Nous ne pouvons pas répondre à ces questions avec une certitude absolue. Il n'en reste pas moins que, selon toutes les informations que nous avons pu recueillir à partir des diverses sources médicales et historiques, il est permis d'avancer avec une haute plausibilité que le phénomène précède la conquête coloniale belge, et qu'il coïncide selon toute apparence avec l'invasion esclavagiste dans l'est du pays. Il ne faut pas oublier que les points de départ des campagnes esclavagistes se situaient à Zanzibar pour les régions de l'est, et à Bahr el-Ghazal, au Soudan, pour celles du Nord-est (Uélé). Or tant le Zanzibar (Blacker, 1962) que les peuples Azande du Sud du Soudan, (sous la domination arabe) souffraient déjà de la stérilité (Krotki, 1958), ce qui nous suggère l'origine et l'itinéraire possibles des maladies vénériennes. Il reste toujours, et c'est important de le retenir, que les zones de l'infécondité excessive coïncident grosso-modo avec les zones de la traite de l'homme (Voir en annexe les cartes géographiques de la distribution des taux de stérilité et de fécondité).

Revenons aux statistiques sur la stérilité du tableau 3, car elles sont hautement instructives quant à l'histoire des maladies vénériennes et de la stérilité qu'elles ont causées, y compris leur progression dans l'espace et dans le temps. Prenons le cas de Maniema. Ce qui frappe, c'est la forte stérilité (34%) des femmes âgées de plus de 55 ans qui, elles, sont les cohortes nées approximativement entre 1885 et 1900, et qui ont commencé leur vie procréatrice tôt dans les années 1900. Or la région du Maniema a été l'une des premières à subir les ravages de l'esclavagisme provenant du Zanzibar. A mesure que les incursions esclavagistes pénétraient plus profondément dans le pays, dans l'Uélé, le Sankuru, la Tshuapa et l'Equateur, le syndrome stérilisant en faisait autant. Cette progression graduelle est reflétée dans les statistiques de la stérilité des cohortes de femmes, si l'on va des plus vieilles aux plus jeunes. Ainsi dans les districts des Uélé, presque la moitié des femmes âgées de 30 à 35 ans n'ont donné naissance à aucun enfant né-vivant, ce qui est une preuve incontestable d'un état pathologique dans une société où le mariage est pourtant jeune et universel pour les filles, et en absence, de toute évidence, des pratiques anticonceptionnelles systématiques visant la limitation des naissances. Les diverses mini-enquêtes anciennes vont dans le même sens. Ainsi une enquête entreprise par Geurts (1948) dans deux groupements du territoire de Katako-Kombe, Batetela et Baluba, tous les deux ayant subi les ravages de l'esclavagisme, a révélé une stérilité excessive, respectivement de 38% et de 25%, parmi les générations nées avant 1893.

Un examen plus détaillé, par territoire, des cohortes de femmes (que nous ne pouvons pas entreprendre ici) aurait fait ressortir plus clairement la progression dans le temps de la stérilité. Voici quelques exemples frappants de la stérilité excessive parmi les générations nées avant 1900, dans les territoires du centre-est du Congo : Lubutu et Kindu : 47% ; Kabare : 42 % ; Sentery : 42 % ; Kabalo et Kibombo : 34 %. Pour atteindre des proportions aussi extraordinaires de stérilité, il fallait du temps. Les maladies vénériennes et leur diffusion dépendent des mœurs sexuelles et de la mobilité des populations, mais il est clair que leur rythme de diffusion à l'échelle de régions aussi vastes ne pouvait être que lente. Rien à comparer avec les épidémies telles que l'influenza ou la variole.

En tenant compte de ces diverses données historiques, il est donc permis de conclure que la dénatalité, causée par les maladies vénériennes, était déjà en progression avant l'emprise

coloniale et que ses débuts remontent aux années de l'esclavagisme. Mais cela n'épuise pas pour autant le sujet. Si ce qu'on vient de constater constitue la première phase de la diffusion des agents stérilisants, elle a été suivie par une deuxième phase, celle-ci associée au régime colonial belge : celle de l'aggravation et de l'amplification dans l'espace, au-delà des zones primaires de l'infection, notamment à la faveur des déplacements de populations, tant à partir de leurs foyers historiques qu'à partir des centres extra-coutumiers qui ont proliféré avec le développement économique. En effet, ces derniers sont devenus de nouveaux foyers de dissémination des maladies vénériennes à travers le pays, par le déséquilibre démographique (hommes seuls avec des contingents de femmes libres), par la débauche, par la fluidité et la mobilité du corps social. Il se peut aussi que de nouvelles souches d'infections vénériennes vinrent cette fois de l'Europe, peut-être plus virulentes encore et d'autant plus nocives que les populations hôtes manquaient de résistance acquise, d'immunité. Tous ces facteurs se sont donc combinés pour aggraver la santé reproductive des populations bien au-delà des paramètres des zones initiales d'infections vénériennes. L'enquête démographique de 1955/57 a révélé la prévalence de la stérilité pour *l'ensemble* du pays : 22 % pour les femmes âgées de 35 à 54 ans. C'est bien anormal. Ce taux ne devrait normalement pas dépasser 6 %. Il est vrai que cette stérilité relative se trouve surtout dans les régions périphériques de la ceinture primaire de la stérilité excessive, donc plus exposées par la géographie. Peut-être aussi plus réceptives de par leurs mœurs, alors que de nombreuses peuplades, dont la moralité traditionnelle est restée intacte, ont résisté à cette nouvelle vague des maladies vénériennes, sous le régime colonial. Tel est, par exemple, le cas de Gemena dans le Nord, des Bakongo et des ethnies du Kwango dans le Sud, ainsi que de nombreuses ethnies du Kivu dans l'Est du pays.

En effet, une fois l'infection vénérienne introduite, sa diffusion dépend d'un certain nombre de facteurs, tels que la mobilité des populations dans l'espace, la mobilité conjugale (divorce, remariage), la polygamie, le degré de promiscuité sexuelle. Les mœurs sexuelles en particulier pèsent lourdement. Il a été démontré que les variations de la fécondité et de la stérilité sont reliées à l'ethnie (voir la carte en annexe). Elles varient d'une tribu à l'autre, même parmi celles qui se côtoient sur le même territoire, selon que les mœurs sexuelles sont plus libérales ou plus restrictives (Romaniuk, 1968a, 1968b ; Sala-Diakanda, 1980). Les mœurs sexuelles puritaines constituent non seulement une défense contre l'intrusion de l'infection vénérienne, mais en outre, même si elle finit par pénétrer et s'implanter dans son nouveau milieu, avec le temps elle s'estompe, faute d'hôtes réceptifs. Un exemple instructif à cet égard est l'évolution de la stérilité chez les Batetela et les Baluba, du territoire de Katako-Kombé étudié par Geurts, déjà évoqué. Alors que la stérilité s'aggravait avec le temps chez les Batétéla (de mœurs sexuelles plus libres), elle reculait chez les Baluba, plus stricts à cet égard ; le taux de stérilité était de 40 et 13 % respectivement, selon l'enquête 1955/57 (Voir Romaniuk, 1968a :124). Ce qui est vrai au sujet de la stérilité pour le Congo l'est aussi pour l'Afrique tropicale en général, comme l'a montré la démographe et médecin Anne Retel-Laurentin, dans son étude, *L'infécondité en Afrique Noire : son étendue dans l'espace, ses causes et ses conséquences sociales* (1974).

Voilà donc autant pour les conclusions que nous avons pu tirer de la lecture des études médicales et démographiques. Dans ce qui suit, nous allons procéder à une analyse statistique des variables concernées. Le tableau 4 met en rapport, d'une part, le taux de natalité, et d'autre part, les variables déterminantes suivantes :

- la stérilité : proportion des femmes âgées de 25 à 34 ans, qui n'ont jamais mis au monde un enfant né-vivant ;
- la fréquence des nouveaux cas de syphilis ;
- l'illégitimité : proportion des naissances dont les mères étaient non mariées et âgées de moins de 25 ans ;
- les délits conjugaux prononcés par les instances judiciaires, généralement coutumières, et qui incluent les cas de divorce et de contentieux pour cause d'infidélité.

La fréquence des nouveaux cas de syphilis peut être considérée comme étant indicative de l'incidence des maladies vénériennes, en général. Notons que les statistiques sur la syphilis portent sur les 13 unités territoriales ; elles sont suivies par les services médicaux de la colonie. Quant aux naissances illégitimes et aux délits conjugaux, ils sont révélateurs des mœurs sexuelles.

À la lecture de ces statistiques, on ne manque pas d'être frappé par le coefficient de corrélation, aussi élevé que - 0.92 ; c'est dire à quel point les variations dans l'espace de la natalité sont déterminées par la stérilité. La chaîne de causalité va dans la direction attendue : la natalité est d'autant plus basse que la stérilité est élevée ; cette dernière varie en rapport avec l'incidence des maladies vénériennes ; et celles-ci se propagent d'autant plus facilement que les mœurs sexuelles sont lâches. (Pour des analyses et explications plus détaillées, voir Romaniuk (1968c), *Infertility in Tropical Africa*).

Tableau 4 : ***Indices de corrélation (négative) entre la natalité, d'une part, et la stérilité, la syphilis, l'illégitimité et les délits conjugaux, d'autre part.***

Natalité v. stérilité (24 districts) ………………………………………	-0,92
Natalité v. syphilis (nouveaux cas, 13 unités territoriales)…………	-0,82
Natalité v. naissances illégitimes (hors mariage)…………………..	-0,49
Natalité v. délits conjugaux…………………………………………	-0,78

Voir plus haut les notes explicatives de ces indices.

Les statistiques du tableau 5, qui ne portent que sur la province de l'Equateur (la province où les contrastes dans le profil démographique sont les plus démonstratifs), corroborent les conclusions tirées du tableau 4. Outre la syphilis, ces statistiques couvrent aussi la blennorragie. Bien que les statistiques des maladies vénériennes sous-estiment sans aucun doute considérablement leur incidence réelle, elles conservent néanmoins leur signification comparative régionale. Les omissions sont probablement plus ou moins uniformément distribuées, c'est-à-dire proportionnellement aux cas de maladie repérés à travers la province.

Tableau 5 : ***Taux de natalité, de stérilité et de maladies vénériennes pour la province de l'Equateur***

Districts	Natalité (1)	Stérilité (2)	Syphilis (3)	Blennorragie (3)
Equateur	33	39	29,4	38,3

Tshuapa	29	41	24,7	27.2
Mongala	43	25	7,5	24.9
Ubangui	46	18	4.3	15,7
Gemena (territoire qui fait partie du district d'Ubangui)	56	7	3,1	4,3

Source : Les statistiques sur les maladies vénériennes sont tirées du Recensement médical de 1957.
Notes : (1) Pour mille habitants ; (2) Pourcentage des femmes stériles, âgées de 25 à 34 ans ; (3) Pour mille personnes examinées pour toutes les maladies à l'occasion du recensement médical de 1957.

La figure 1 illustre la relation entre la stérilité et la natalité. On ne manque pas d'être impressionné par la droite de régression et les points de dispersion serrés autour de celle-ci. Pour les niveaux élevés de la stérilité, la corrélation est quasiment parfaite; elle devient plus lâche pour les niveaux de stérilité en dessous de 10 %, comme il fallait d'ailleurs s'y attendre. En effet, dans un régime de stérilité normale ou quasi-normale, une variété de forces est à l'œuvre pour façonner les comportements procréatifs. On peut mentionner la mortalité infantile, les coutumes d'abstinence post-natale, les régimes matrimoniaux etc., qui à leur tour varient en fonction des structures sociales et familiales (matrilinéaires ou patrilinéaires) et qui trouvent leur conditionnement dans l'économie (population pastorale versus agricole). Pour une analyse pénétrante de ces déterminants des comportements démographiques et leurs variations régionales en Afrique du Sud du Sahara, voir Ron Lesthaeghe, *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa* (1989).

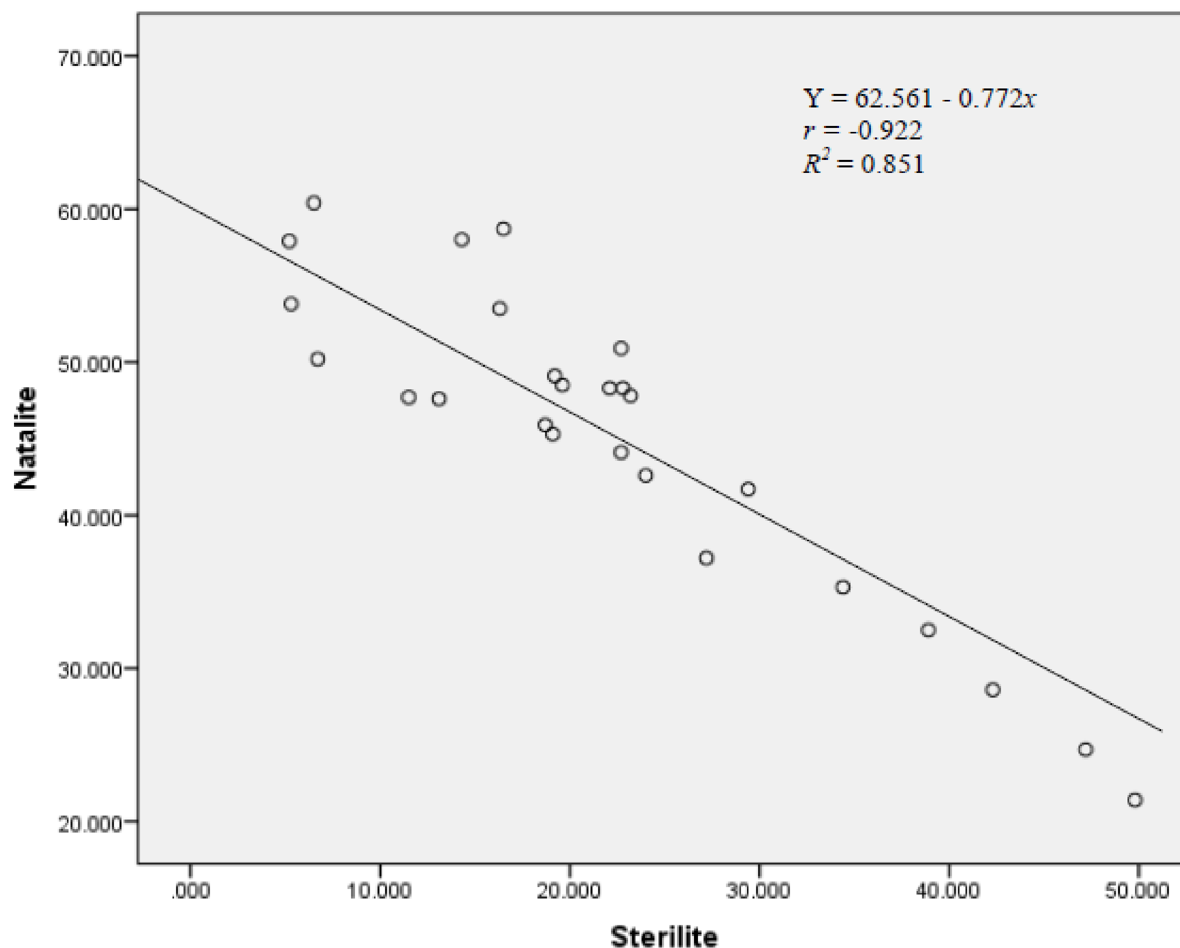


Figure 1: Relation entre la stérilité (femmes âgées 25-34 ans n'ayant pas procréé d'enfants nés vivants) et le taux de natalité (naissances pour mille habitants), selon l'enquête démographique 1955/57.

Nous venons de mesurer les incidences de la stérilité primaire, c'est-à-dire des femmes qui n'ont jamais mis au monde un enfant né vivant. Mais il y a aussi la stérilité secondaire, tertiaire … etc., qu'on peut mesurer par rang de naissance à partir d'un âge x. Sans entrer dans un examen détaillé, nous avons choisi, en guise d'illustration, deux districts à faible stérilité, (Sud Kivu et Nord Kivu), et deux districts à forte stérilité, (Bas Uélé et Haut Uélé). Pour chacun, nous avons calculé la proportion des femmes âgées de 45 ans et plus ayant mis au monde cinq enfants et plus. Cette proportion est de 74,9% pour le Sud Kivu et de 55,4 % pour le Nord Kivu, alors qu'elle n'est que de 18,3 % pour le Bas Uélé et de 20,2% pour le Haut Uélé. Ainsi donc la probabilité d'avoir plus de 5 enfants dans le Sud Kivu est 4 fois supérieure à celle du Bas Uélé. Cela nous donne une idée de l'effet des stérilités plus tardives sur la descendance complète dans une population donnée.

Pour donner plus de corps à ce que signifie un régime de stérilité donné et ses implications démographiques, nous avons effectué une simulation de la dynamique de la population sous deux types de stérilité : l'un est faible, quasi normal, avec deux variantes de stérilité de 6 et 10% respectivement ; l'autre représente une forte stérilité : 30 et 50%. Notons que l'hypothèse d'une stérilité aussi élevée que 50% a été observée dans les districts des Uélé, où la moitié des femmes, âgées de 25 à 34 ans, effectivement n'ont pas conçu d'enfants nés vivants. Les taux bruts de natalité sont respectivement de 21,4 et de 24,7 pour mille dans le Bas Uele et le Huat Uele (Voir le tableau annexe 1). On assume dans tous les cas un régime de mortalité uniforme, équivalent à une espérance de vie à la naissance de 25 ans, ce qui nous parait concevable pour l'époque. Pour les quatre scenarios, en utilisant le modèle de population stable (Coale et Demeny 1966), nous avons calculé les paramètres démographiques de base, à savoir la fécondité et la mortalité, l'accroissement naturel annuel moyen, ainsi que le nombre d'années nécessaire au doublement ou à la réduction de moitié de la population. Les résultats sont présentés au tableau 6. Ainsi sous un régime de stérilité de 50 % et une fécondité correspondante de 3 naissances par femme, la population diminuerait de moitié en 35 ans. Par contre, une population sous un régime normal de stérilité, 6%, et une fécondité correspondante de 8 naissances, doublerait son effectif en 46 ans, les conditions de mortalité étant les mêmes.

Par ailleurs, cette simulation nous révèle une dynamique intéressante liée à la stérilité due aux maladies vénériennes. Elle semble suivre une trajectoire logistique – le déclenchement, l'explosion et le plafonnement, – suivie d'une nette chute de la stérilité. Cette trajectoire correspond à trois générations consécutives des femmes, chacune étant séparée de la suivante de 27 années, cette durée correspondant à l'âge moyen de la maternité. C'est dire que la trajectoire de stérilité au complet, avec ses trois phases, devait être d'une durée de (27x3) 81 années. Historiquement, le début de la stérilité vénérienne se situe en toute vraisemblance vers 1860, avec le début des incursions esclavagistes afro-arabes. Son extension coïncide avec l'emprise coloniale et sa réduction s'amorce après la deuxième guerre mondiale, dans les années 1950. Ce processus, avec ces trois phases échelonnées dans le temps, semble donc avoir pris près d'un siècle : 1860 à 1950. Le temps biologique et le temps historique semblent coïncider dans leur durée respective.

Tableau 6: Configuration démographique de deux types de population : à faible stérilité (6% et 10%) et à forte stérilité (30% et 40%), dont la mortalité, dans les deux cas, correspond à une espérance de vie à la naissance de 25 ans

Caractéristiques démographiques	Régime à faible stérilité		Régime à forte stérilité	
Pourcentage des femmes âgées de 25-34 ans n'ayant pas procréé d'enfants nés vivants	6	10	30	50
Espérance de vie à la naissance	25 ans	25 ans	25 ans	25 ans
Taux brut de reproduction (nombre de filles par femme)	4	3,5	2	1.5
Indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants par femme)	8	7.0	4	3
Age moyen à la maternité	27	27	27	27

Mortalité infantile (décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances)	329	329	329	329
Taux brut de natalité (naissances pour 1000 habitants)	58	52	32	22
Taux brut de mortalité (décès pour 1000 habitants)	43	42	42	42
Taux d'accroissement (pour 1000 habitants)	15	10	-10	-20
Nombre d'années pour doubler ou réduire de moitié la population	46	69	69	35

Note : Pour établir les relations paramétriques présentées dans ce tableau, le modèle de population stable, élaboré par Coale et Demeny, a été utilisé, spécifiquement la famille «Nord». Du point de vue des caractéristiques de la mortalité infantile, le modèle Nord correspond mieux aux observations faites en Afrique centrale. Pour l'analyse de la mortalité infantile, voir Romaniuk, *La fécondité des populations congolaises*, pp. 85-89.

Les années d'après-guerre, sous le régime colonial que je qualifie *d'éclairé,* marquent un tournant important dans l'évolution démographique du Congo. Le recul de la stérilité et la montée de la fécondité furent observés dans l'ensemble du pays et plus encore dans les régions qui ont historiquement souffert des maladies vénériennes. Le territoire de Befale, qui se situe au cœur même de la vaste zone de la stérilité dans la Cuvette centrale, peut en servir d'illustration (tableau 7). Le bilan démographique, négatif pendant des années, devient positif à partir de 1950, grâce à une natalité croissante d'une année à l'autre. Ce qui fut vrai pour le Befale le fut aussi pour les autres territoires d'excessive stérilité, à savoir Tshuapa, Équateur, Sankuru et Maniema. Même les populations des Uélé, récalcitrantes, ont fini par rejoindre le processus de redressement de la natalité, avec un bon retard cependant.

Tableau 7 *: **Évolution des naissances et des décès dans le territoire de Befale (district de Tshuapa à forte stérilité pathologique)***

Années	Naissances (N)	Décès (D)	Rapport N/D
1947	546	1 318	-0,35
1948	770	1 599	-0,48
1949	779	1 342	-0,58
1950	621	923	-0,67
1951	761	736	+1,03
1952	1 051	917	+1,15
1953	1 210	969	+1,25
1954	1 135	981	+1,16
1955	1 132	863	+1,31
1956	1 490	1 360	+1,10
1957	1 354	944	+1,43

Source : Romaniuk A., Évolution et perspectives démographiques de la population au Congo, Revue Zaïre, Vol. XIII- 6- 1959.

En conclusion, on peut donc dire que la stérilité d'origine pathologique, en tant que phénomène démographique de masse, appartient désormais à l'histoire. Sa régression impressionnante s'explique, ou plutôt pourrait s'expliquer, par plusieurs facteurs. D'abord et

avant tout, il s'agit de l'amélioration des conditions sanitaires, plus particulièrement de la lutte antivénérienne, qui s'est intensifiée au Congo colonial dans les années d'après-guerre. Le dépistage des maladies vénériennes, la généralisation du traitement antibiotique, l'organisation des maternités et les consultations prénatales ont eu leurs effets attendus (Romaniuk, 1961 et 2011). Presque la moitié des accouchements à la campagne et quasiment la totalité des accouchements dans les villes ont eu lieu dans des maternités sous la surveillance d'un personnel professionnel, en 1958. Ce furent autant d'occasions de dépistage, de traitement et aussi d'éducation en matière d'hygiène sexuelle. Ce qui est cependant surprenant et paradoxal, c'est que la régression de la stérilité a continué, et cela à un rythme accéléré, avec l'indépendance du pays, malgré la dégradation des services sanitaires (Tabutin 1982). Comment cela fut-il possible ? On peut avancer que la virulence du germe, porteur de l'infection, a diminué avec sa dégénérescence, notamment lorsque la maladie a cessé d'être épidémique pour devenir endémique. C'est bien connu dans le cas de la syphilis, mais c'est possible aussi pour la blennorragie, suite aux traitements répétés lors des campagnes de dépistage. On peut être aussi circonspect que l'on veut en avançant l'hypothèse de dégénérescence ou de mutation du germe, celle-ci ne manque pas de pertinence. Déjà vers 1950, le médecin Welghe, après avoir étudié la situation démographique du territoire Kasongo (Maniema), constate avec surprise que dans certaines régions aussi sinistrées que bien d'autres par les maladies vénériennes, la natalité n'en demeure pas moins satisfaisante, ce qui l'amène à émettre l'hypothèse d'une moindre sensibilité de la muqueuse du système génital chez ces populations. «*Est-ce un problème bactériologique, mutation d'une souche de gonocoque*», se demandait-il. L'hypothèse de la dégénérescence des souches des infections vénériennes, (selon le schéma d'une évolution se développant sur trois générations, dont il est question dans notre simulation plus haut), mérite, à mon avis, qu'on lui accorde plus de crédibilité que l'on serait porté à le faire à prime abord. Et puis, à ne pas oublier, le Congolais de nos jours n'est pas celui d'autrefois, ignorant et mal informé. Il est plus averti, plus conscient du danger de transmission sexuelle des maladies, il prend ses précautions et, le cas échéant, ne tarde pas à demander de l'aide médicale plutôt que de courir chez le sorcier. Avec l'apparition du SIDA, le public n'en est que plus conscient. Quoi qu'il en soit, si les maladies transmises sexuellement restent une préoccupation de santé publique, la stérilité n'est plus le problème démographique qu'elle fut jadis.

Configuration régionale de la démographie congolaise

La situation démographique du Congo, durant la période étudiée, fut tout sauf homogène. Il y avait des variations selon les altitudes et les latitudes géographiques, le climat et la nature (savanes versus forêts équatoriales). Et l'histoire, bien sûr, a eu un rôle : exposition à l'esclavagisme atlantique jusqu' à son abolition au 18e siècle ; à celui de l'est au cours de la deuxième moitié du 19e siècle. Les régions montagneuses du Nord et Sud Kivu échappaient au moins en partie aux méfaits de la mouche tsé-tsé et même du paludisme ; et elles étaient dans une certaine mesure aussi à l'abri des incursions meurtrières de l'extérieur. La preuve en est leur densité de peuplement relativement élevée (Gourou 1955). Le Bas-Congo, déjà, dans les années d'avant-guerre, faisait montre d'un accroissement naturel fort élevé : environ 2 % par an (voir le tableau Annexe II). Dans le Nord-ouest, le district d'Oubangui et son territoire Gemena en particulier, font preuve d'une excellente vitalité démographique, alors que leurs voisins n'ont pas cessé de pâtir sur ce plan. Une des raisons réside dans leurs mœurs sexuelles strictes, ce qui constituait un certain frein, sinon une barrière, à la diffusion vénérienne, alors que leurs voisins

faisaient montre de laxisme à cet égard. Autrement dit, la moralité sexuelle sert de cordon sanitaire à la diffusion vénérienne.

Les régions ayant été soumises à l'esclavagisme contrastent, et cela d'une manière très nette, avec le reste du pays. Si nous ne pouvons pas mettre le doigt sur des statistiques fiables pour chiffrer les pertes démographiques de manière *globale* pour toutes ces régions, nous avons assez de preuves directes et indirectes pour conclure qu'elles furent substantielles, et qu'elles persistèrent alors même que l'esclavagisme fut mis en déroute et que l'emprise coloniale belge se fut affirmée, en fait jusqu'à 1950 approximativement. Un administrateur colonial, féru de démographie, V. Brébant, a pu calculer que les territoires de Basankusu et de Befale (district de Tshuapa, dans la Cuvette centrale) ont perdu 25 % de leurs populations de 1926 à 1948. Et combien, de 1900 à 1926 ? Probablement autant, sinon plus, donc, au moins la moitié de la population depuis 1900. Ce qui est vrai pour ces deux territoires l'est très probablement pour les autres régions autrefois dévastées par l'esclavagisme, à savoir la Cuvette centrale, les Uélé dans le Nord-est, le Maniema et une partie de Sankuru.

Il est plus difficile de nous prononcer avec autant d'assurance sur le sort des populations du Katanga et d'une bonne partie de l'ancienne province du Kasaï, qui ont également souffert de la traite de l'homme. Nous n'avons pas pu procéder à un examen plus approfondi pour ces régions. Mais il appert, d'après diverses observations, que ces régions ont récupéré assez rapidement les pertes résultant des méfaits de l'esclavagisme. Le Katanga surtout a fait un bond remarquable, selon l'enquête 1955/57, en ce qui concerne tant la procréation que la santé. Sans doute l'industrialisation de cette région, la société minière du Katanga, ses retombées sociales et médicales, y sont-elles pour quelque chose. En ce qui concerne le Kasaï, la situation varie selon les régions. Certaines ethnies, telles que les Baluba et les Lulua, ont récupéré leur vitalité démographique assez rapidement, apparemment grâce à leur sexualité plus puritaine. En revanche, les Batétéla de Sankuru sombraient encore récemment dans leur malaise démographique. Il en va de même pour le territoire de Luiza au Sud du Kasaï, où la fécondité est restée longtemps médiocre, sans qu'on puisse en déterminer clairement les causes (Boute 1967).

Le lecteur désireux d'explorer davantage la configuration démographique des régions pourra consulter les tableaux annexes I et II. Y sont présentés la population totale, les taux bruts de natalité et de mortalité, l'accroissement naturel, ainsi que la fécondité totale et la stérilité par district. Bien que ces données portent sur la situation démographique régionale du pays pour le milieu des années 1950, elles n'en reflètent pas moins la situation qui a prévalu entre les deux guerres mondiales et plus certainement au cours des années trente.

Estimations rétrospectives de la population

Arrivé à ce stade de notre étude, nous croyons pouvoir nous hasarder dans quelques approximations et supputations sur le mouvement de la population congolaise durant le régime colonial mercantile belge**.** C'est la période allant de 1925 à 1952 qui sera la cible de notre rétrospection numérique, car pour cette période nous disposons de quelques repères statistiques crédibles pour calculer la progression de la population. Les recensements dits « administratifs sur fiches » atteignirent un bon degré de crédibilité dans la dernière décennie du régime colonial et peuvent servir de base de départ à cette rétrospection. L'enquête démographique 1955/57 fournit des renseignements démographiques fiables sur les principales composantes de l'accroissement

— natalité et mortalité (voir tableau annexe I). Et nous disposons de prélevés, dits coups de sonde, entrepris annuellement depuis 1928 et jusqu'en 1953. Le FORIAMI, de son côté, nous fournit des statistiques plausibles sur la morbidité et la mortalité, basées sur ses recensements médicaux annuels depuis 1928 pour l'ancienne province de Léopoldville. (Voir tableau annexe II). Finalement, nos connaissances pour cette période se trouvent enrichies d'études médicales et démographiques ponctuelles et approfondies dans les groupements de population, choisis délibérément à cette fin.

Notre projection rétrospective prend comme point de départ la population de 1952 telle qu'estimée par le recensement administratif, soit 11.789.000, jugé fiable. À ce chiffre est appliqué un taux moyen annuel d'accroissement naturel (la différence entre le taux de natalité et le taux de mortalité), soit 1,00 %, pour obtenir, selon la formule de croissance géométrique, la population de 1925, soit 9.012.000. Notons, à titre de comparaison, que la projection du Bureau des statistiques générales du gouvernement colonial, publiée dans le Bulletin mensuel n. 2 (1953), et reprise par Anatole Romaniuk (1959) dans son étude *Évolution et perspectives démographiques de la population au Congo,* donne une population de 9.565.000 pour 1925. Cette dernière projection utilise la même population de base, mais lui applique un taux d'accroissement légèrement plus bas, soit 0,772%. Notons aussi que le recensement administratif pour 1925 ne donne qu'une population de 7.693.000. C'est encore une indication que le système de fiches des habitants, sur lequel sont fondées tant d'estimations de population, boiteuses selon moi, était donc loin d'être complet.

Notre projection soulève néanmoins deux questions critiques. L'une porte sur le choix du chiffre de la population en 1952, comme base de projection. Est-ce un chiffre fiable ? Nous croyons en effet que c'est le cas. Pour preuve, notons que l'estimation de la population de l'enquête 1955/57, ajustée pour le sous-dénombrement estimé à 2,23%, soit 13.053.000 habitants, et celle du recensement administratif pour 1956, soit 12.844.000 habitants, ne diffèrent que de 1,6 %. Ce chiffre n'est qu'indicatif, car l'estimation de l'enquête est sujette aux erreurs de sondage et la référence temporelle de ces deux estimations ne peut pas être établie avec précision. Mais le fait que les deux estimations *indépendantes* sont aussi proches est significatif en soi.

La deuxième question porte sur la détermination du taux d'accroissement annuel moyen, soit 1,00 %, pour la période 1925-1952. D'aucuns prétendent que la population du Congo a continué de diminuer jusqu'à la dernière guerre mondiale, et que ce n'est qu'après la guerre qu'elle a commencé à augmenter. Cette thèse me parait intenable. Comment, alors, expliquer un taux d'accroissement annuel de 2% selon l'enquête démographique de 1955/57? A-t-il pu grimper à ce point dans l'espace de quelques années ? Les enquêtes, dites coup de sondes, alors même qu'elles portaient davantage sur les groupements démographiquement régressifs (Ryckmans, 1951) donnent, elles aussi, un taux d'accroissement annuel moyen positif, soit de 0,77 %, pour la période 1928-1952. Selon les statistiques de FOREAMI, ce taux est de 1.50 % pour l'ancienne province de Léopoldville. Il est vrai qu'il s'agit ici d'une province fortement prolifique. Mais c'est aussi le cas du Kivu à l'Est et d'Oubangui au Nord du pays, ainsi que du Katanga et de la majorité des régions du Kasaï où les populations jouissaient d'une bonne prolificité. Notons par ailleurs que

dans nos calculs, il s'agit d'une progression géométrique, ce qui signifie que le taux d'accroissement varie en fonction du temps : il pourrait approcher 1,5 % autour de 1952 et se situer seulement à 0,5 % pour les années 1925 à 1930.

Sur la base de ces projections rétrospectives et de tout ce que nous savons sur la dynamique de la population pour la période examinée, on peut postuler avec une haute probabilité une population d'environ **9 millions** d'habitants au milieu des années 1920. Voilà donc autant pour la période 1925-1952.

Nous nous sommes ensuite demandés quelle aurait pu être l'évolution de la population des années 1900 à 1925, quand l'emprise coloniale belge commença à produire ses effets propres? En l'absence de statistiques un tant soit peu fiables pour cette période, nous avons dû nous satisfaire de supputations et suppositions que nous croyons plausibles. L'esclavagisme et les guerres intertribales appartenaient désormais à l'histoire. Les famines massives et la maladie du sommeil, si elles n'avaient pas été encore éradiquées, étaient en voie de l'être. La mortalité n'en restait pas moins fort élevée, partout dans le pays. Et les maladies vénériennes multipliaient leur ravage stérilisant. Sans entrer dans un examen approfondi de tous ces événements et supputations au-delà de ce que nous avons déjà établi avec une certaine vraisemblance dans cette étude, nous estimons un peu arbitrairement la population du Congo autour de 1900 à une valeur comprise entre **9 et 10** millions. On pourrait bien sûr élargir quelque peu la fourchette des estimations pour accommoder des incertitudes, mais pas trop à notre avis. En d'autres termes, notre hypothèse implique, pour la période 1900-1925, une population stationnaire, stagnante ou légèrement en croissance au niveau du pays, avec des variations régionales significatives : (a) une croissance de la population d'abord légère, ensuite accélérée à mesure que les causes majeures de la mortalité sont maitrisées, dans les régions à forte fécondité ; et (b) un déclin rapide de la population dans les régions sinistrées par les maladies vénériennes et donc démographiquement régressives. Là encore le lecteur est renvoyé au tableau 6, qui donne une idée de la dynamique et de la configuration démographique pour les deux types de populations, celle à forte stérilité et celle à faible stérilité.

Finalement, pour les années antérieures à 1900, disons à partir de 1877, l'année de la traversée du Congo par Stanley et ses hommes, ou de 1885, l'année de l'établissement de l'Etat indépendant du Congo, nous n'osons pas nous prononcer. Tout au plus, ce que nous pouvons dire de manière générale est que l'ensemble du Congo vivait encore toujours largement sa démographie traditionnelle précoloniale. La pénétration coloniale belge au cours de ces années a été beaucoup trop superficielle pour produire ses effets propres, comme on l'a démontré dans la section consacrée à l'emprise coloniale belge. Les régions touchées par l'esclavagisme, avec leur dénatalité, que nous avons identifiées dans cette étude, subissaient des pertes considérables durant cette période et après. Mais rien n'indique que ce soit le cas ailleurs au pays.

Le tableau 8 ci-dessous résume les estimations de populations recensées et retro-projetées.

Tableau 8 : Population totale du Congo, telle que recensée(1) et estimée rétrospectivement

1959	14.444.000
1958	13.864.000
1957	13.175.000
1956	12.844.000 (2)
1955	12.563.000
1954	12.317.000
1953	12.026.000
1952	**11.789.000** (3)
Population projetée rétrospective selon les hypothèses énoncées dans le texte :	
1925	**9.012.000 (4)**
1900	**9.000.000 – 10,000.00** (5)

Notes. (1) Recensements administratifs sur fiches. (2) Pour l'année 1956, il y a une différence de 1,6% entre le chiffre du recensement administratif et l'estimation de l'enquête démographique, ajustée pour le sous-dénombrement, ce qui pourrait indiquer que les recensements administratifs de la dernière décennie du régime colonial étaient crédibles. (3) Estimation du recensement administratif de 1952, ayant servi de base à la projection, avec un taux d'accroissement 1,00 %. (4) Population projetée selon la formule décrite dans le texte.
(5) Chiffres approximatifs pour 1900.

Tout compte fait, à la lumière de nos explorations, les estimations de population souvent avancées et la prétendue chute brutale de la population du Congo, dans son ensemble, doivent être regardées avec la plus grande circonspection. L'une des estimations les plus fréquemment invoquées est celle de Stanley : 28 millions d'habitants. Cette estimation est basée sur les décomptes, par Stanley, de la population le long du fleuve Congo et de quelques-uns de ses confluents, qu'il extrapole à l'ensemble du pays. (Pour ces décomptes, voir Sanderson, 2010, annexe 2, tableau 1.6). Pour ceux qui connaissent un tant soit peu ce qu'implique un recensement de population, les décomptes de Stanley sont au départ hautement discutables. Extrapoler ces données à l'ensemble de ce vaste pays dont on ne connaissait pas exactement la superficie (les frontières du Kivu et du Katanga étaient encore mal délimitées) et encore moins, même grossièrement, les variations du peuplement à travers le pays, c'est un *salto* dans l'inconnu. D'aucuns, pour estimer les pertes humaines du Congo de l'époque, prenaient comme base, d'un côté le chiffre susmentionné de Stanley de 28 millions d'habitants à la fin du 19e siècle et, de l'autre, faisaient un usage abusif des recensements administratifs dits « sur fiches », notoirement déficitaires à l'époque. Selon le démographe Ngondo (1986), il s'agit pour les explorateurs «*d'un optimisme délibéré, destiné à promouvoir de l'intérêt pour ces nouveaux territoires…* ». Aussi peu édifiantes sont toutes les autres estimations, y compris celle de la Commission pour la protection des indigènes. «*Depuis l'occupation européenne, la population a eu un recul contenu par suite d'une forte mortalité ….. à tel point qu'il n'est pas exagéré de dire que, dans l'ensemble, elle a été réduite de moitié*», déclarait sans ménagement la

Commission pour la protection des indigènes en 1919 (Young, 1965 : 23). Les divers rapports sur les pertes humaines dues aux exactions de toutes sortes, répertoriés dans les ouvrages tels que ceux de Marchal ou de Hochschild, pour ne mentionner que ces deux-là parmi les plus connus, sont peut-être à la limite indicatifs des abus commis à l'époque léopoldienne. Mais ils se prêtent mal à des inférences quant à la population totale du pays et quant aux pertes démographiques de cette époque. Comme le fait remarquer le démographe Van de Walle dans son compte rendu du livre de Hochschild, «*le matériel anecdotique utilisé par l'auteur se prête mal aux estimations chiffrées*» (1999 :583). De son côté, le géographe et démographe Saint Moulin (1983 ; 1987) arrive à une estimation de la population du Congo, vers 1880, comprise entre 15 et 20 millions. (Pour une analyse critique des estimations de population de l'époque coloniale, voir Jean-Paul Sanderson, 2010).

Discussion

L'erreur majeure que l'on commettait dans les jugements qu'on portait sur la situation démographique du Congo de la période coloniale belge mercantile, c'est qu'on avait tendance à généraliser à l'ensemble du pays des situations observées dans des régions que nous avons identifiées explicitement. En fait, sur le plan démographique, on peut parler de deux Congo : l'un avec une *démographie régressive*, l'autre avec une *démographie d'abord stagnante et puis nettement progressive.* On peut aussi parler d'une zone intermédiaire, flottante au gré des évènements, en particulier l'influx et le repli des infections vénériennes (voir la section sur la configuration démographique du Congo). Erreur plus grave encore et lourde de conséquences sur le plan des politiques de population et de santé publique : on ignorait la cause, de loin la plus importante, de la régression de la population, à savoir la stérilité pathologique dont nous avons démontré la portée dans cette étude.

Enfin, il y avait une troisième erreur, l'illusion d'optique. La dépopulation, dans les régions où elle a eu effectivement lieu, se déroulait à une cadence tellement vertigineuse qu'elle était quasiment visible à l'œil nu. «*La population de la cuvette a une mauvaise démographie ; elle diminue rapidement sous nos yeux*», écrivait le géographe Gourou (1955 : 80). Et nos simulations du tableau 6 corroborent ces vues impressionnistes. D'aucuns, — les uns de bonne foi, les autres sciemment, — confondaient les pertes en population, dont ils ignoraient la cause réelle, et une surmortalité excessive, voire l'holocauste. Or, quelles que soient les pertes démographiques immédiates dues aux exactions de toutes sortes — caoutchouc, portages, corvées, répressions, même famines ou épidémies occasionnelles ou récurrentes, — elles pâlissaient, en tant que facteur démographique, devant le poids énorme de la stérilité reproductive, son amplitude dans l'espace et sa persistance dans le temps. Ce fut l'une de ces discontinuités, pour utiliser un terme de l'historienne Coquery-Vidrovitch (2005, 1992), à cheval sur les XIXe et XXe siècles, qui a marqué profondément la démographie du Congo, mais aussi d'autres pays de l'Afrique centrale, du Sud du Soudan, de l'Ouganda, de la République centre africaine, du Congo-Brazzaville, du Gabon, du Cameroun. Pour des raisons obscures, les historiens en font peu de cas, et s'ils mentionnent les maladies vénériennes, ce n'est qu'une parmi tant d'autres causes de la dénatalité. Pourtant l'auteur de cette étude en fait état explicitement dans ses publications dès les années 1960 (Romaniuk 1961, 1968a), de même qu'Anne Retel-Laurentin (1974) dont l'autorité dans ce domaine est incontestable, car elle réunissait en sa personne les compétences de démographe et de médecin.

Je ne peux clore cet exposé sans faire une référence à l'éminente historienne de l'Afrique noire, Coquery-Vidrovitch (1992, 2005), remarquable pour son approche pluridisciplinaire où se conjuguent la démographie, l'écologie, l'anthropologie, l'économie et la science politique , pour nous livrer une histoire lucide et aussi véridique que possible dans les circonstances. Selon elle, les ponctions de la traite sur la population, le long de la côte atlantique, et plus tard dans la seconde moitié du XIXe siècle en Afrique orientale, n'ont pas été aussi déterminantes qu'on le prétend souvent. Cela inclut la partie orientale du Congo : «*Les méfaits parfois soulignés de la traite arabo-zanzibarite ont sans doute été indûment grossis…* », écrit-elle (1992 :47). Mais si les prélèvements esclavagistes sur la population ne furent pas aussi grands qu'on l'a souvent avancé, «[…] *il est hautement probable que par sa durée et sa stabilité , la traite négrière a pesé d'un poids considérable sur l'avenir du pays*», écrit-elle (2005 :188). L'historienne fait état, à juste titre, d'insalubrité et de morbidité propres au climat et à l'écologie de l'Afrique tropicale : maladies chroniques (malaria) ; épidémies (trypanosomiase, cholera) ; conditions de vie tributaires des intempéries, voire des cataclysmes naturels récurrents (sécheresse, locustes), de même que celles imputables à l'homme lui-même (esclavagisme interne et externe, guerres intertribales). Mais avec toute cette panoplie de facteurs, la démographie, avec ses hauts et ses bas au gré de la conjoncture, reste relativement stable dans le long terme, et légèrement en hausse durant la période immédiatement précoloniale, selon elle. Ce n'est qu'avec la colonisation européenne que les bouleversements sociaux et économiques, qui lui sont propres, inaugurent le début d'un processus *sui generis*, celui d'une démographie ponctuée par des déclins de population. Il en est ainsi jusqu'au moment où les bénéfices de la médecine et les conditions de vie meilleures, après la deuxième guerre mondiale, l'emportent sur les méfaits du colonialisme des premiers chocs. A son crédit, l'historienne fait état du fléau vénérien, sans toutefois approfondir la question. « […] *il est vrai, certaines zones de moindre fécondité : côté orientale et Afrique centrale* […], *phénomène probablement récent est encore mal expliqué de stérilité relative des femmes* » écrit-elle (1992 :23). Pourtant, dans ce schéma explicatif qu'elle trace, autrement valide, dans ses contours généraux, l'état pathologique de l'infécondité sur laquelle nous avons tant insisté dans cette étude n'était pas un phénomène contingent. Bien au contraire. La dénatalité a marqué profondément et de manière continue la démographie de l'Afrique centrale, ou tout au moins une bonne partie de celle-ci, dont le Congo en particulier, pendant un siècle, de 1860 à 1960 environ. Si l'on faisait le bilan des naissances qui n'ont pas eu lieu à cause de la stérilité pathologique, leur nombre l'emporterait, sans doute de loin, sur le nombre de décès dus à ce que l'historienne appelle le «double choc écologique et culturel» de la colonisation.

Tout en insistant sur la dénatalité en tant que cause primordiale de la dépopulation, je suis loin de minimiser l'impact sur la population de la surmortalité, associée à la colonisation lors de ses stades initiaux. Il me semble qu'il faut distinguer ici deux sortes de facteurs de la surmortalité. D'une part, il y a ceux qui ont contribué à la diffusion à travers le pays, voire le continent, des maladies domestiques, à la faveur de l'intensification de la circulation des hommes (portages, militaires, travailleurs déplacés sur de longues distances), et qui prenaient l'allure d'épidémies (maladies du sommeil, variole, grippe espagnole), comme le note correctement Coquery-Vidrovitch. Et puis, il y avait de nouvelles infections, dont celles transmises sexuellement en particulier, ou de nouvelles souches de maladies existantes, importées de l'extérieur. D'autre part, il y avait des facteurs destructeurs des vies et des biens qui sont

imputables directement au colonisateur : travaux forcés, exploitation du caoutchouc, campagnes punitives, par exemple. S'ils furent de nature à créer bien des mécontentements à cause de l'interférence des agents coloniaux dans la vie des gens, de leurs exactions, parfois corporelles, leurs effets réels sur la mortalité ou la natalité ne pouvaient être que réduits à mon avis. Toutes les comparaisons que d'aucuns font avec les destructions staliniennes, par exemple celle de la paysannerie ukrainienne, récalcitrante à la collectivisation des propriétés individuelles, ou la famine massive qui l'a suivie en 1932/33 (voir Snyder, 2010), ou encore le génocide racial hitlérien, tout cela est simplement hors de proportion par rapport au contexte africain ou plutôt congolais qui nous occupe ici. La destruction massive des vies n'était ni dans les moyens ni dans les intentions du colonisateur ou plutôt de ses concessionnaires en quête de gains économiques, aussi pressés et avides fussent-ils.

Nous avons mis en relief dans cette étude une dynamique de *dépopulation* qui, même si elle comporte des éléments de dépopulation typiques de l'Amérique post-colombienne (nouvelles souches des maladies, exactions, génocide), elle n'en conserve pas moins sa propre configuration, typiquement africaine, plus précisément centrafricaine, celle de la dénatalité d'origine pathologique vénérienne comme cause primaire. Bien que la dénatalité causée par des maladies vénériennes ou d'autres a été observée ailleurs dans le monde, notamment aux Iles mélanésiennes, elle est unique à l'Afrique centrale de par sa dimension géographique et sa durée dans le temps.

En guise de conclusion, suivie de quelques réflexions sur le devenir du Congo

Au terme de cette étude, nous croyons avoir réussi à clarifier la situation démographique de la période du colonialisme belge que nous avons qualifiée de mercantile, et aussi à dissiper certains malentendus, en particulier ceux concernant la prétendue extermination massive de la population, que d'aucuns qualifient de génocide ou d'holocauste. Tout en admettant une surmortalité due à l'exploitation du caoutchouc, à la construction des chemins de fer et aux campagnes punitives de l'époque léopoldienne, l'explication de la *dépopulation*, persistante dans le temps, d'une bonne partie du pays, doit être cherchée ailleurs. Elle réside indéniablement dans la *dénatalité*, dans la stérilité d'origine pathologique vénérienne, dont furent frappées les régions ayant subi les méfaits de l'esclavagisme : la cuvette centrale et le nord-est du pays. Ces régions ont effectivement perdu et ont continué à perdre de la population, et cela à un rythme rapide, même longtemps après l'esclavagisme et l'époque dite léopoldienne : jusqu'à 1950 approximativement. Avec les transformations économiques et sociales, ainsi qu'avec l'intensification des déplacements des gens (exode rural, urbanisation) et le relâchement des mœurs que ces transformations ont entrainées, la situation s'est encore aggravée pour gagner les régions au-delà des paramètres historiques de la stérilité, au point de devenir un phénomène quasi-national, avec toutefois de fortes variations régionales dans leur intensité. Durant une période d'au moins trois générations, le mal vénérien n'a pas cessé de saper les forces vitales de la population du pays. Le phénomène de la stérilité massive d'origine pathologique vénérienne ne fut pas propre au Congo ; il s'était emparé, avec une intensité variable, de toute l'Afrique centrale, de l'est à l'ouest. En tant que problème de santé publique aussi bien que par ses conséquences démographiques et sociales, la dénatalité pathologique mérite qu'on lui

accorde une attention particulière dans les études démographiques de l'Afrique centrale du temps colonial.

Il faut rendre hommage à l'éminent démographe congolais, le professeur Séraphin Nkondo a Pitshandenge Iman (1987), qui a su évaluer avec sérénité l'état démographique de ce pays, départager le faux du vrai, et ainsi nous aider à faire une lecture plus objective de l'histoire d'une époque si fortement controversée. Voici des extraits de sa communication, présentée en 1987 :

« Enfin, il faut faire état des conditions d'exploitation de l'Etat Indépendant du Congo dont le caractère mercantile est suffisamment connu. Les cultures d'exportation imposées pour le compte des sociétés ont pu sans doute entraîner la négligence des cultures de subsistance, ce qui représente un danger de famine et un risque supplémentaire de mortalité. Le recrutement de plus en plus poussé de travailleurs a privé les milieux ruraux de leurs éléments mâles et créé un déséquilibre de sexes peu propice à la procréation ».

« Mais l'honnêteté oblige à reconnaître que les effets de ces facteurs ont été contrebalancés, avec le temps par d'autres facteurs agissant dans le sens contraire. La pénétration blanche a fini par mettre un terme à la traite des Noirs et à son insécurité, elle a mis fin aux luttes entre tribus et aux pratiques comme l'ordalie, qui représentaient autant de risques supplémentaires de mortalité. Elle a permis, par une médecine moderne, de combattre avec plus d'efficacité les épidémies traditionnelles : pian, paludisme, lèpre. La lutte contre la stérilité devait conduire de son coté au redressement de la natalité » (Nkondo, 1987 :6)

Porter un jugement global sur l'histoire du colonialisme belge de la période mercantile est hors de propos dans cette étude. Il n'est pas rare que les intérêts brutaux soient masqués par des proclamations d'idéaux les plus nobles. Derrière l'humanisme et la philanthropie d'un Livingstone, se profilait toute une armée de caractères des plus variés : explorateurs authentiques qui, souvent au prix de leur vie, nous ont légué, pour le bien comme pour le mal, un monde aux horizons plus étendus ; missionnaires de bonne foi qui, tout en prêchant le *Gospel*, étaient les premiers à œuvrer dans l'éducation et la santé, et souvent se sont portés protecteurs des indigènes contre les abus des agents coloniaux et des chefs autochtones. Mais il y avait aussi ceux dont les intérêts mercantiles faisaient fi de l'humanité. Vénaux et avides, ils s'enrichissaient sur le dos des autres à n'importe quel prix. Et puis il y avait aussi tout simplement des brutes, dont l'écrivain Joseph Conrad a peint, dans son fameux *Au cœur des ténèbres,* un portrait aussi poignant que sinistre dans le personnage de Kurtz. Ne nous faisons aucune illusion quant à la propension de l'homme à la rapacité, voire à la cruauté, dans un environnement où règne l'arbitraire. L'humanité a connu tout cela non seulement en Afrique, mais aussi ailleurs dans le monde à différentes époques, anciennes et contemporaines. C'est peut-être l'humiliation qui fut, selon moi, la plus durement ressentie dans les relations gravement asymétriques entre le colonisateur et le colonisé. Mais ne voir dans l'histoire que la cruauté et faire de l'intérêt crû son seul moteur serait pousser une telle vue à l'extrême. Malgré tout le cortège d'hypocrisie, d'abus, de ruptures douloureuses des structures traditionnelles, la mise en valeur économique du pays et l'action authentiquement civilisatrice du régime colonial ont eu, à court ou à long terme, des effets qu'on peut qualifier de

positifs, que ce soit dans les domaines de la santé et l'éducation, ou dans la pacification et l'unification politique du pays.

Voici comment l'éminent penseur afro-américain Thomas Sowell (1983:226) décrit l'intervention coloniale de l'Occident à travers le monde:

«*Not all parts of the colonial world were primitive, nor did the coming of Western civilization always represent progress in all aspects of life. But by and large European colonialism brought to the Third World what Roman imperialism brought to Britain: (1) a reduction or cessation of internal fighting that had plagued these regions for centuries, holding back economic and social progress, (2) a unified system of law as a framework for stable expectations and the security and individual planning that law makes possible, (3) features of a more advanced system of technology and organization, and (4) contact with a wider world, enabling creative potential to emerge from restrictions of insularity. Nowhere did these benefits exist unalloyed. Everywhere they were mixt with the arrogance, insensitivity, and often brutality that have market conquerors of virtually every race and culture*».

Un changement de cap important, tant dans les idéologies que dans les politiques sociales et économiques, survient dans les années d'après-guerre : le *colonialisme mercantile* d'avant-guerre cède le pas au *colonialisme éclairé*. Ce fut en quelque sorte l'extension, quoique modeste, de la doctrine de l'état-providence, adoptée à l'époque dans les pays occidentaux. Par analogie avec le monde occidental qui, dans la prospérité d'après-guerre, a eu son *baby-boom*, le Congo a connu le sien, dans les villes notamment (Boute 1965; Ngondo 1994; Romaniuk 2006) et dans une certaine mesure chez les peuplades ayant souffert de l'infécondité. Les initiatives économiques et sociales bénéficiaient directement ou indirectement à la démographie et plus spécifiquement à la santé et la procréation. Elles passent par les campagnes médicales antivénériennes, les soins liés à la maternité, la protection de l'enfance et la construction massive de logements familiaux en ville. Les maladies du sommeil, qui vidaient les régions entières de leurs habitants, appartiennent désormais à l'histoire. La dépopulation et la dénatalité dans les régions historiquement affectées prennent fin et un redressement de la courbe démographique démarre avec force. Mais ce virage dans la politique coloniale belge et ses corollaires démographiques appartiennent à une autre époque, plus tardive, et donc se situent hors du cadre de cette étude (Voir Romaniuk, 2011). Nous en faisons mention pour mettre les choses en perspective.

Désormais ce n'est pas l'infécondité mais la persistance d'une trop forte fécondité — face à une mortalité en baisse et donc à une croissance galopante de la population — qui constitue un problème social et économique de ce pays qui s'efforce de sortir du cercle vicieux de la pauvreté pour se lancer dans la voie du progrès et de la prospérité. Et par une ironie du sort, dont l'histoire de l'humanité est riche, nous voyons s'affronter désormais la démographie expansionniste des anciens colonisés et la démographie en retrait des anciens colonisateurs. «*Some experts believe that population movements from Africa could evolve into one of the largest in world history in the medium and long term". "Developed countries, significantly European ones, represent geographically close pull*", écrit le démographe John May (2012: 158). L'histoire prend sa revanche. Qui plus est, une nouvelle constellation géopolitique du monde semble s'annoncer. « *Si les relations entre l'Europe et les Etats-Unis constituaient les principaux contacts intercontinentaux au XIXe siècle, les relations entre la Chine et l'Afrique sont les plus*

importantes au XXIe siècle », selon Van Reybrouck (2011 :589). Dans l'éventualité d'un tel scénario, il est fort à parier que le rapport des forces sera fortement asymétrique.

****

Tout au long de l'histoire, les peuples du pays qui est devenu le Congo ont dû affronter et ont fini par vaincre les ténèbres de l'âge néolithique, les luttes intertribales et intestines avec l'esclavagisme interne qu'elles entraînaient, les trois siècles de la traite de l'homme le long de la côte atlantique et le demi-siècle afro-arabe à l'est, les brutalités de l'époque léopoldienne, les spoliations du colonialisme mercantile, le difficile accouchement de l'indépendance et les vicissitudes, non moins douloureuses, du jeune Etat dans son affirmation. Ce sont autant d'épisodes qui ont marqué de leur lourde signature l'histoire et la préhistoire des peuples du Congo, et que l'historien-romancier Van Reybrouck a su narrer avec autant de verve que de véracité dans son œuvre magistrale, *Congo – Une Histoire* (2012).

«*Un vétéran de la Colonie et qui la connaissait bien pour l'avoir beaucoup parcourue, disait prévoir avant cent ans l'extinction de la plupart des races congolaises* ». Ces paroles ont été rapportées, en 1925 (!), par le Père Rahier, missionnaire à l'Uélé. Et il n'était pas le seul à avoir tenu de tels propos alarmistes, voire catastrophistes, comme en témoignent les vifs débats qui ont perduré longtemps après autour des thèmes de la dépopulation et de la dénatalité. Quatre-vingt-cinq années après ces sinistres prédictions, le pays compte quelque 70 (!) millions d'habitants, selon les estimations de 2010. Telle est l'histoire démographique du Congo, une histoire prométhéenne d'un peuple vivant à son corps défendant contre les adversités récurrentes.

Note. Ce texte fait suite à une communication, «*Un survol historique de la démographie de la République démocratique du Congo»,* présentée au colloque, tenu à Kinshasa en septembre 2010, sur *Les questions de population, de développement et de pauvreté en RDC, 50 ans après l'indépendance* », et publiée dans les *Cahiers économiques et sociaux*, IRES, Université de Kinshasa, vol. XXVIII (1), juin 2011. La période du colonialisme dit mercantile, dans sa présente version, reçoit un examen plus approfondi des faits historiques et une analyse statistique plus élaborée avec le recours à des techniques de corrélation et de régression des variables pertinentes.

Remerciements. Nombreux sont ceux qui ont prodigué leurs concours à l'un ou l'autre stade de l'élaboration de cette étude. Mes remerciements s'adressent avant tout à mon collègue, le professeur Jacques Henripin, d'avoir eu l'amabilité de faire une lecture attentive du texte et d'y apporter les corrections appropriées. L'étude, dans ses diverses versions, a été commentée par des collègues, experts en démographie congolaise et africaine, en particulier les professeurs Barthélémie Banza Kalambayi, Séraphin Ngondo à Pitshandenge, John May et Jean-Pierre Guengant. La toute dernière version de la présente a bénéficié des commentaires judicieux du professeur Crispin Mabika. Tout en reconnaissant leurs précieuses contributions, l'auteur seul assume la responsabilité de l'étude.

Tableau Annexe I : Population totale, taux de natalité, de mortalité et d'accroissement naturel pour 1000 habitants, fécondité totale par femme, stérilité des femmes âgées de 25-34 ans.

Districts (1)	Population (2)	Natalité (3)	Mortalité (4)	Accrois-sement (5)	Stérilité (6)
Léopoldville	332.619	53,5	11,6	41,9	16,3
Lac Léopold II	271.330	45,9	20,5	20,5	18,7
Kwilu	1.148.186	47,6	26,2	21,4	13,1
Kwango	466.054	53,8	32,3	32,3	5,3
Bas-Congo	411.804	47,7	26,1	26,1	11,5
Cataractes	439.459	50,2	25,9	24.3	6,7
Prov. de Léopoldville	**3.069.452**	**49,0**	**24,8**	24.2	**11,5**
Equateur	302.162	32,5	17,1	15,4	38,9
Mongala	519.488	42,6	19,3	23.3	24,0
Ubangi	539.060	45,9	25,3	20,4	19,1
Tshuapa	395.480	28,6	24,9	3,7	42,3
Prov. de l'Equateur	**1.756.190**	**38,8**	**23,1**	**15,7**	**29,5**
Stanleyville	634.948	35,3	21,2	14,1	34,4
Ituri	651.038	44,1	-	-	22,7
Bas-Uélé	467.638	21,4	27,8	-6,4	49,8
Haut-Uélé	581961	24,7	24,1	0,6	47,2
Province Orientale	**2.335.585**	**32,2**	**23,6**	**8,6**	**38,5**
Sud-Kivu	831.353	60,4	38,3	22,1	6,5
Nord-Kivu	734.633	57,9	27,0	30,9	5,2
Maniéma	446.522	37,2	26,0	11,2	27,2
Province du Kivu	**2.012.507**	**53,4**	**29.7**	**23,7**	**11,6**
Elisabethville	140.104	58.7	15,9	42,8	16,5
Tanganika	393.344	50,9	20,8	30,1	22,7
Llualaba	273.694	47,8	18,6	29,2	23,2
Haut-Lomami	439.817	48,3	26,4	21,9	22,8
Luapula-Moero	191.620	58,0	23,3	34,7	14,3
Province du Katanga	**1.438.579**	**51,9**	**21,8**	**30,1**	**20,6**
Lulua	654.486	48,5	34,1	14,4	19,6
Sankuru	493.549	41,7	24,3	17,4	29,4
Kabinda	480.379	48,3	24,1	24,2	22,1
Kasai	492.862	49,1	37,0	12,1	19,2
Province du Kasai	**2.121.276**	**45.2**	**30,0**	**15,2**	**22,5**
Congo	**12.733.590**	**45,2**	**25,3**	**19,9**	**22,2**

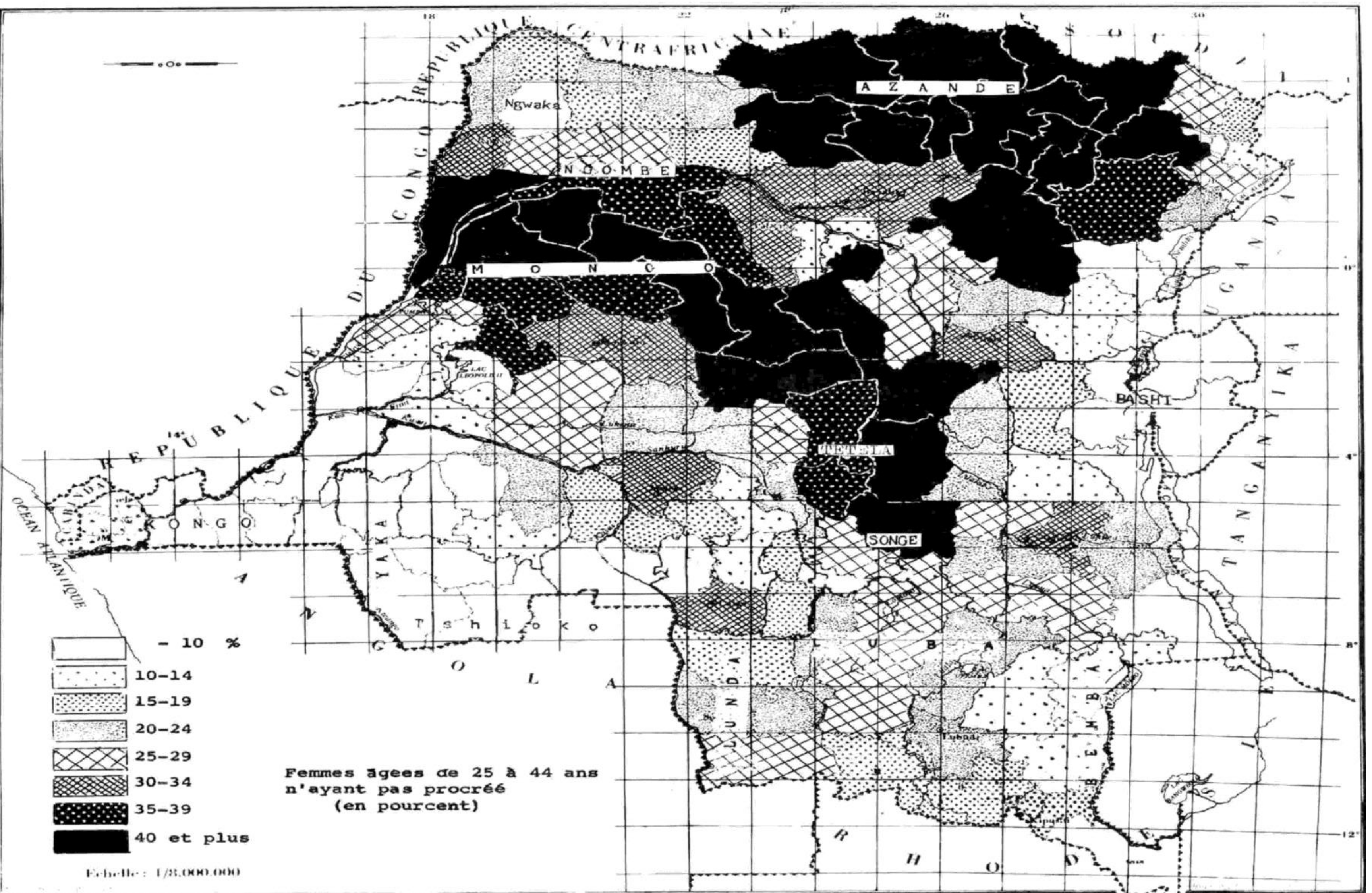
Source : Anatole Romaniuk, *Démographie Congolaise au Milieu du XXe Siècle*, tableaux 16 et 35(a) et 43(a), l'enquête démographique 1955/57. Notes : (1) La division administrative de 1956. (2) Population de fait. (3) Le taux brut de natalité dérivé à partir de la proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans (enquête 1955-1957) à l'aide de la méthode de population stable. (4) Le taux brut de mortalité est estimé par la méthode de Brass à partir des données sur les enfants décédés parmi les enfants nés par groupe d'âges de femmes (pour la description de cette méthode voir, A. Romaniuk, *La fécondité des populations Congolaises,* 1968a. (5) La fécondité totale, c'est à dire le nombre moyen d'enfants mis au monde par femme au cours de sa vie procréative. (6) Femmes, âgées de 25-34 ans, n'ayant pas procrée un enfant né vivant. Notons que dans une société de mariage précoce des filles et en absence des pratiques anticonceptionnelles, la probabilité d'avoir un enfant au-delà de 25 ans est faible et au-delà de 35 ans elle approche de zéro.

Tableau Annexe II*: Taux brut de natalité, de mortalité et taux d'accroissement naturel pour 1000 population, pour les périodes et les sources indiquées*

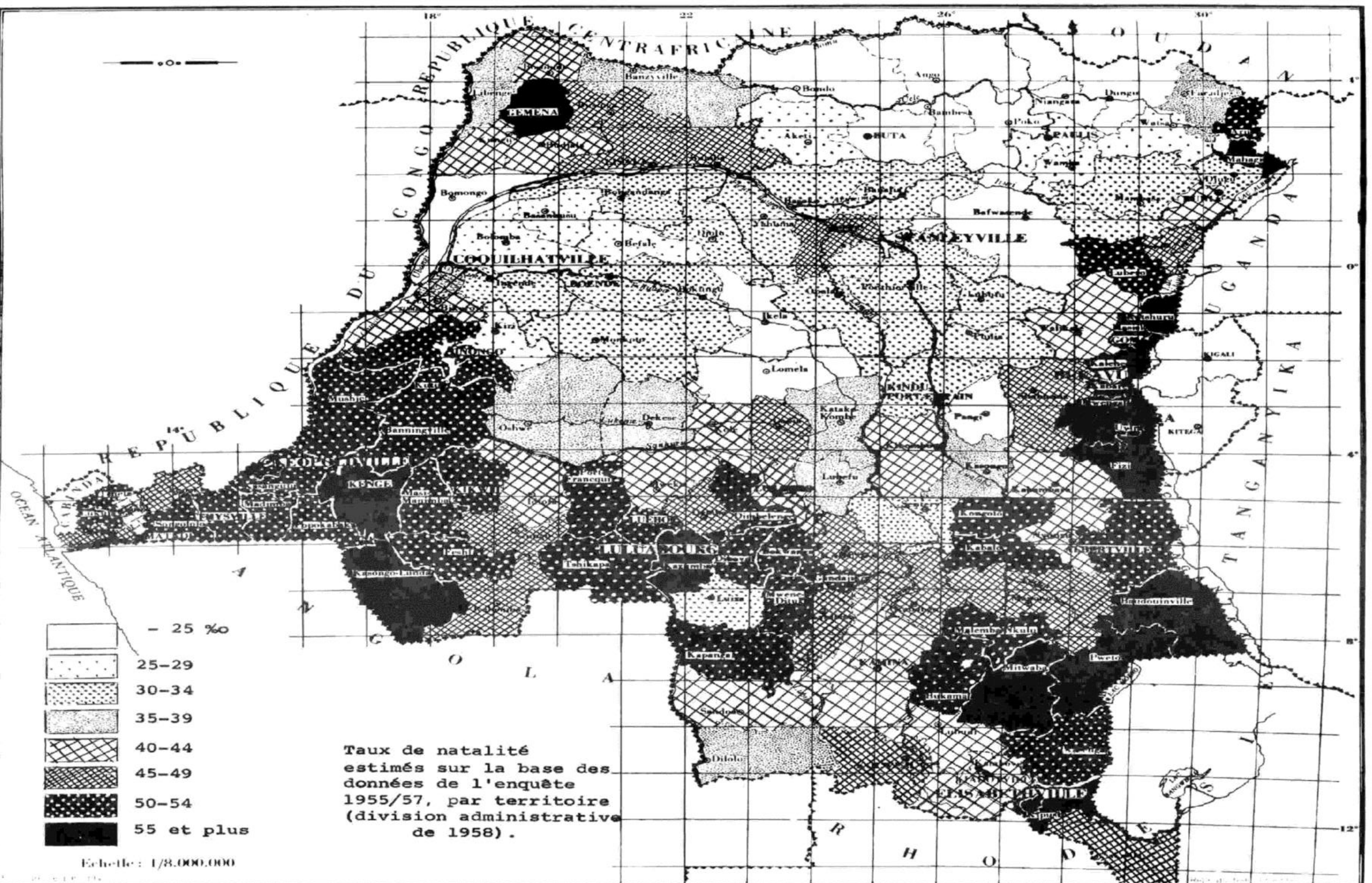
Années	*Natalité*		*Mortalité*		*Accroissement*	
	Congo (1)	*FOREAMI (2)*	*Congo (1)*	*FOREAMI (2)*	*Congo (1)*	*FOREAMI (2)*
1930	34,7		28.8		5.9	
1931	31,4		25,0		6.4	
1932	30,6		24,2		6,4	
1933	30,0	44,6 (c)	22,9	23,2(c)	8,1	21,4(c)
1934	31,5	45.8 (c)	23,5	25.0(c)	8,0	20.7(c)
1935	30,7		24.2		6.5	
1936	31.0		24.0		7,0	
1937	32,7	39,0(d)	26,2	28,6(d)	6,5	10,4(d)
1938	31,0	40,4	24,4	34,9	6,6	5.5
1939 (a)	-	40,8	-	29,8	-	11,0
1940 (b)	-	43,3	-	29,8	-	11,3
1941	-	38,3	-	33,3	-	3,0
1942	-	34,4	-	33,6	-	0,8
1943	-	33,0	-	31,3	-	2,5
1944	-	35,1	-	33,3	-	1,8
1945	-	40.2	-	31,7	-	8,6
1946	-	37,4	-	25,3	-	12,1
1947	-	41,2		25.8		15.5
1948	-	40,1	-	25,1	-	15,0
1949	-	43,1	-	22,7	-	18,9
1950	31,6	40,7	23,0	25,2	8,6	15,6
1951	31,2	40,0	22,7,	24,6	8,5	14,4
1952	33,1	37,0	21,7	22,2	11,5	14,7
1953	34.3	43,4	21.6	22,2	12,7	21,2
1954	-	41,4	-	21,5	-	19.9
Moyenne arithmétique pour la période	31.8(e)	41.5	24.0(e)	25.8	7.8	14.3
Moyenne estimée	40.0	45.0 (f)	30.0	30.0 (f)	10.0	15.0 (f)
Enquête1955/57 (3)	45.2	49.0 (f)	25.3	24.8 (f)	19.9	24.2 (f)

Sources :(1) Enquêtes, dites « coups de sonde », effectuées par les administrateurs coloniaux dans les groupements qui passaient pour groupements-type, délibérément choisis dans chaque territoire en fonction de certains critères, jugés démographiquement significatifs ; (2) Recensements médicaux pour les régions couvertes par FOREAMI (Fonds Reine Elisabeth pour l'assistance médicale aux indigènes du Congo Belge), dans l'ancienne province de Léopoldville ;
(3) Les valeurs dans cette rubrique proviennent de l'Enquête démographique 1955/57, respectivement pour l'ensemble du pays et pour la province de Léopoldville

Notes explicatives : (a) Les enquêtes, «coups de sonde », furent suspendues pendant les années de guerre et reprises en 1950. (b) Les taux de natalité et de mortalité relativement bas pour les années de guerre dans les régions desservies par le FOREAMI peuvent refléter une dégradation de la situation démographique en générale et surtout de la santé par manque de personnel et de médicaments, mais aussi une détérioration de la qualité des recensements. (c) Ces taux sont pour le district du Bas Congo qui à l'époque incluait aussi le district des Cataractes. (d) À partir de 1937 les données couvrent les districts Kwango, Kwilu et Lac Léopold II (à l'exclusion du Bas Congo). (e) Les coups de sonde sous-estiment la natalité et la mortalité pour des raisons différentes. En ce qui concerne la natalité, elles étaient biaisées du fait qu'on avait tendance à privilégier le choix des groupements que l'on qualifiait à l'époque de «régressifs», c'est-à-dire ceux à faible natalité, au détriment des groupements à forte fécondité. Quant à la mortalité, l'expérience démontre la tendance à sous-énumérer les décès plus que les naissances. Comme les sous-estimations du taux de natalité et du taux de mortalité pourraient s'annuler dans une large mesure, le taux d'accroissement moyen de 0,772 pour mille pour la période pourrait être plutôt juste. (f) Estimations pour la province Léopoldville.



- 10 %
10–14
15–19
20–24
25–29
30–34
35–39
40 et plus
Echelle : 1/8.000.000
Femmes âgées de 25 à 44 ans
n'ayant pas procréé
(en pourcent)
AZANDE
NGOMBE
MONGO
SONGE
BASHI
LUBA
LUNDA
BEMBA
YAKA
KONGO
Tshioko
Ngwaka
OCEAN ATLANTIQUE
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPUBLIQUE DU CONGO
SOUDAN
OUGANDA
TANGANYIKA
ANGOLA
RHODESIE


Taux de natalité estimés sur la base des données de l'enquête 1955/57, par territoire (division administrative de 1958).
- 25 ‰
25-29
30-34
35-39
40-44
45-49
50-54
55 et plus
Echelle : 1/8.000.000
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPUBLIQUE DU CONGO
SOUDAN
UGANDA
TANGANYIKA
ANGOLA
RHODESIE
OCEAN ATLANTIQUE
GEMENA
COQUILHATVILLE
STANLEYVILLE
LEOPOLDVILLE
KENGE
LULUABOURG
KAMINA
ELISABETHVILLE
ALBERTVILLE
Baudouinville
BUTA
Bumba
Bondo
Aketi
Lomela
Kindu
Kabalo
Kabongo
Malemba Nkulu
Mitwaba
Pweto
Kapanga
Dilolo
Banningville
Mushie
Oshwe
Dekese
Banzyville
Bomongo
Basankusu
Befale
Kiri
Inongo
Tshikapa
Kasongo-Lunda

Bibliographie sélective

Allards A. 1955. Contribution gynécologique à l'étude de la stérilité chez les Mongo de Befale, *Annales de la Société Belge de Médicine Tropicale*, XXX : 630-648.

Baker H. Donald. 1944. *Recueil de travaux de Sciences médicales au Congo Belge*, Direction du Service de l'Hygiène, Léopoldville, Cogo Belge, no.2, Janvier :141-150.

Balandier George. 1965. *La vie quotidienne au royaume de Kongo du XVI au XVIII siècle,* Librairie Hachette, 184 p.

Besley A. Mark. 1976. The Epidemiology of Infertility: a Review with Particular Reference du Sub-Saharan Africa, *Bull. World Health Organization*, Vol. 54.

Blacker J.G. C. 1962. Population Growth and Differential Fertility in Zanzibar Protectorate, *Population Studies*, XV(3).

Boute Joseph. 1965. La transition démographique comme cadre théorique, *Centre de recherches économiques*. Université Catholique de Louvain.

Boute Joseph. 1967. Pré-enquête chez les Basala-Mpasu. Rapport non-publié.

Brass William *et al*. 1968. *The Demography of Tropical Africa*, Princeton University Press.

Brébant V. 1948. Note sur la démographie équatoriale. Document non-publié.

Bureau des Statistiques Générales du Gouvernement colonial. 1953. Bulletin mensuel 2. Bureau des Statistiques Générales du Gouvernement colonial de 1953, publiée dans le Bulletin mensuel n. 2

Castro (de), Josué. 1953. *La géopolitique de la faim,* Paris : Economie et humanisme, Les Editions Ouvrières.

Coale J. Ansley and Paul Demeny. 1966. *Regional Model Life Tables and Stable Populations,* Princeton University Press.

Coquery-Vidrovitch Catherine et Henri Moniot. 2005. *L'Afrique Noire de 1800 à Nos Jours.* Presses Universitaires de France.

Coquery-Vidrovitch Catherine. 1992. *Afrique Noire, Permanences et Ruptures*. Editions L'Harmattan.

Cornevin Robert. 1963. *Histoire du Congo* (Léopoldville), Éditions Berger-Levrault.

Caldwell J. C. and P. Caldwell L. 1983. The demographic evidence for the incidence and course of abnormal low fertility in Tropical Africa. *World Health Statistics Quarterly* 36 : 2-34.

Degotte J. et V. Zanetti. 1942. Diagnostique démographique d'une peuplade Mabudu, au Nepoko, Kibali-Ituri, *Recueil de travaux de sciences médicales au Congo Belge*, No. 1 :125-134.

Fetter Bruce. 1983. *Demography from Scanty Evidence. Central Africa in the Colonial Era*, Boulder & London.

Fonds du Bien-être Indigène (F.B.I). 1952. *Rapport de gestion*, Bruxelles

FOREAMI. *Rapport 1935*, Bruxelles.

Hemerijckx Fr. 1948. Les causes médicales et sociales de la dénatalité, *Zaïre*, II : 472-523

Hochschild A. 1998. *King Leopold Ghost, a Sstory of Greed, Terror and Heroism in Colonial Africa,* New York: Houghton Mifflin Company.

Hochschild A. 1998. *Les fantômes du roi Léopold II : un holocauste oublié*, Paris, 439 p.

Gann L. H. and Duignan P.1979. *The Rulers of the Belgian Africa, 1884-1912*.

Geurts M. 1949. Étude démographique des populations Batetela, Baluba, Bakwa Mputu du territoire de Lusambo, Zaire, Nov./Dec. 1949.

Gide André. 1981 (1927). *Voyage au Congo*, Gallimard.

Gourou Pierre. 1955. *La densité de la population rurale au Congo belge*, Académie royale des sciences coloniales.

Jewsiewicki Bogumil. 1983. Rural Society in the Belgian Colonial Economy, in *History of Central Africa,* eds. David Birmingham and Phyllis M. Martin, London: Longman.

Krotki K. 1958. *The Population of Soudan*, Khartoum, Philosophical Society.

Larsen Ulla. 1989. A Comparative Study of the Level and the Differentials in Sterility in Cameroon, Kenya, and Sudan, in Ron J. Lesthaege (éd). *Reproduction and Social Organization in Sub-Sahara Africa*, Berkley: University of California Press, pp. 167-211.

Ledent H. 1944. *Recueil de travaux de Sciences médicales au Congo Belge*, Direction du Service de l'Hygiène, Léopoldville, Cogo Belge, no.2, Janvier :130-140.

Lesthaeghe J. Ron. 1989. *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, University of California Press, 555 p.

Lyons Maryinez. 1992. *The colonial disease, a social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1940,* Cambridge: Cambridge University Press, 335 p.

Marchal Jules. 1996. *E.D. Morel contre Léopold II : L'histoire du Congo 1900-1910*, Vol. I et II, Editions L'Harmattan.

May F. John. 2012. *World Population Policies. Their Origin, Evolution, and Impact*, Springer.

Miracle P. Marvin. 1967. *Agriculture in the Congo Basin*, The University of Wisconsin Press.

Nemry Claude. 2011. *Le fantôme de Léopold au cœur des ténèbres, Un règlement de contes.* L'Harmattan.

Nkondo a Pitshandenge Iman. 1987. La dynamique de la population de la République du Zaïre, Communication présentée au *Séminaire National sur la Population et la Planification du Développement Economique et Social au Zaïre*, N'Sele 25-28 Juin 1986. Université de Kinshasa, Département de Démographie, Document 3, Avril 1987.

Ngondo a Pitshandenge Iman.1986. La dynamique de la population de la République du Zaïre, *Travaux et recherches démographiques*, no. 3. Kinshasa, 15 p.

Ngondo S. 1994. Les mutations culturelles en matière de mariage et de sexualité en Afrique sub-saharienne: est-ce le début d'une transition démographique?, in AIDELF, *Les modes de régulation de la reproduction humaine: Incidence sur la fécondité et la santé,* PUF, Paris :55-64.

Pakenham Thomas. 1992. *The Scramble for Africa 1876-1912*, Abacus Book.

Paradis J. 1947. La situation démographique du district de l'Uele, *Zaïre* I(8) :849-883.

Rahier (Père), 1925. Note démographiques, *Congo*, tome 2 (1).

République Démocratique du Congo. 2007. *Enquête démographique et de santé*. Kinshasa : Ministère du Plan.

Retel-Laurentin Anne. 1974. *Infécondité en Afrique Noire : Maladies et Conséquences Sociales* , Masson et Cie, 188 p.

Romaniuk A. 1959, Évolution et perspectives démographiques de la population au Congo, *Zaïre*, XIII(6) 1959.

Romaniuk Anatole. 1961. L'aspect démographique de la stérilité des femmes congolaises, *Studia Universitatis «Lovanium»*, Institut de Recherche Économique et Sociale, Kinshasa (Léopoldville).

Romaniuk Anatole. 1968a. *La fécondité des populations congolaises,* Paris : Mouton, 348 p.

Romaniuk Anatole, Bill Brass et al. 1968b. *The Demography of Tropical Africa*, Princeton University Press.

Romaniuk Anatole. 1968c. Infertility in Tropical Africa, in *The Population of Tropical Africa,* J. C. Caldwell and C. Okonjo (Eds.), Longmans, 216-224.

Romaniuk Anatole. 2006*. Démographie congolaise au milieu du XXe siècle, Analyse de l'enquête sociodémographique 1955/57*, UCL, Presses Universitaires de Louvain, 218 p.

Romaniuk Anatole. 2011. Persistence of High Fertility in Tropical Africa : The Case of the Democratic Republic of the Congo, *Population and Development Review* 37(1) 1-28.

Romaniuk Anatole. 2011a. Un survol historique de la démographie de la République Démocratique du Cogo, *Cahiers Économiques et Sociaux*, IRES, Université de Kinshasa, vol. XXVIII (1), juin 2011 : 3-41.

Ryckmans André. 1951. Note sur les statistiques démographiques au Congo Belge, *Zaïre* VII(1)

Saint Moulin Léon (de). (1987). Essai d'histoire de la population du Zaïre, *Zaïre-Afrique*. 217 :289-407.

Saint Moulin Léon (de). (1990). What is Known of the Demographic History of Zaire since 1885?, in Fetter B.(éd*), Demography from Scanty Evidence. Central Africa in the Colonial Era*, Boulder & London, pp.299-325.

Sala-Diakanda Daniel. 1980. *L'approche ethnique des phénomènes démographiques* : *cas du Zaïre,* Département de démographie de Louvain, UCL, Louvain-la-Neuve : Cabay.

Sanderson Jean-Paul. 2010, *La démographie du Congo sous la colonisation belge,* Louvain-la-Neuve.

Slade Ruth. 1974. *King Leopold's Congo: Aspects of the Development of Race Relations in the Congo Independent State*. Greenwood Press, Publishers: Westport, Connecticut, 230 p.

Snyder Timothy. 2010. *Bloodlands. Europe between Hitler and Stalin*, New York: Basic Books.

Sowell Thomas. 1983. *The Economics and Politics of Race, an International Perspective, New York: Quill. Pp.324.*

Stengers Jean. 2005. *Congo, Mythes et réalités*, Racine.

Tabutin Dominique. 1982. Évolution régionale de la fécondité dans l'ouest du Zaïre, *Population* 37(1) : 29-50.

Van de Walle Etienne. 1999 . Hochschild Adam, Les fantômes du Roi Léopold. Un holocauste oublié, *Revue Population.*

Van Reybrouck David. 2012. *Congo, une histoire*, Actes Sud.

Vansina Ian. 2010. *Being Colonized, The Kuba Experience in Rural Congo, 1880-1060.* The University of Wisconsin Press.

Vargas Llosa Mario. 2006. *La vérité par le mensonge*, Gallimard.

Vargas Llosa Mario. 2011. *Le rêve du Celte,* Gallimard.

Velghe A. 1952. Résumé de l'élude de la situation démographique des populations en territoires Kibombo et de Kasongo. Des causes médicales de la dénatalité à Kibombo et de la stérilité à Kasongo, *Rapport du Fonds du Bien-être indigène*, Bruxelles.

Wauters J..1889. Densité et répartition de la population du Congo, *Mouvement géographique*, pp.103-106.

Young Crawford.1968. *Introduction à la politique Congolaise*. Editions Universitaires du Congo, 391 p.



Communication présentée par le Professeur Anatole Romaniuk, Université d'Alberta, Canada, dans la séance régulière " Le comportement démographique des populations coloniales, au XXVIIe Congrès international de la population" les 26-31 août 2013, à Busan, Corée du Sud.

Du même auteur

